

Saksframlegg

Saksgang:

Møtedato	
Styret Helse Sør-Øst RHF	22. mai 2026

Sak 066-2026

Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2027-2030

Forslag til vedtak:

Styret ber om at innspill innarbeides i ny styresak om økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Hamar, 15. mai 2026

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1 Hva saken gjelder

Styret blir i denne saken orientert om det pågående arbeidet med økonomisk langtidsplan 2027-2030 og presenteres for summen av helseforetakenes innspill. Helseforetakene oversendte sine innspill til planen innen den 20. april, der styresak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 – planforutsetninger* og styrets vedtak i saken har vært førende. Helseforetakene styrebehandler sine innspill innen utgangen av mai.

Endelig forslag til økonomisk langtidsplan 2027-2030 med regionale prioriteringer legges fram for behandling i styremøtet 18. juni 2026. Økonomisk langtidsplan er et sentralt virkemiddel for å legge til rette for effektiv ressursbruk innenfor de mål og strategier som ligger til grunn for foretaksgruppens virksomhet. Det pågår kvalitetssikring av tallmaterialet, og det vil derfor kunne bli justeringer i tallene som presenteres her fram til endelig vedtak i juni.

2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Planforutsetninger

Styret la i sak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 – planforutsetninger* føringer for helseforetakenes arbeid med innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Styrets vedtak var som følger:

1. *Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2027–2040 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.*
 - *Tilgjengeligheten til tjenesten skal bedres, og gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp skal reduseres hvert år i planperioden. Gjennomsnittlig ventetid til videre utredning og behandling skal reduseres markant.*
 - *Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern for voksne skal øke i tråd med framskrivingsmodellen og regionens planer.*
 - *Veksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i regionen være høyere enn den demografiske veksten for disse områdene.*
 - *Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.*
 - *Persontilpasset medisin skal styrkes gjennom målrettede satsinger på presisjonsdiagnostikk, avanserte laboratorietjenester og teknologi som muliggjør mer presis og effektiv behandling.*
 - *Klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling for å nå målene om økt pasientinkludering i kliniske studier.*

- *Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Sammensetning av ulike legespesialiteter og antall vaksjikt må vurderes slik at tilstrekkelige behandlingsressurser på dagtid, breddekompetanse og effektive utdanningsløp for leger blir ivaretatt.*
 - *Arbeidet med bedre ansvars- og oppgavedeling, redusert leder- og kontrollspenn, økt bruk av teknologiske løsninger og kunstig intelligens, samt fjerning av tidstyver skal forsterkes. Virksomhetene skal prøve ut fleksible arbeidstidsordninger. Antallet lærlinger og antallet LIS3 stillinger innenfor psykisk helsevern skal øke.*
 - *Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må videreføre tiltak for å redusere sykefraværet, med sikte på å komme ned på 2019-nivå.*
 - *Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelsen av anskaffelsesplaner. Helseforetakene skal ha erstatningsplaner for medisinsk-teknisk utstyr.*
 - *I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 410 kr/kvm per år for bygningsmassen som helhet. Helseforetakenes vedlikeholdsplaner skal innarbeides i økonomisk langtidsplan 2027-2030. Vedlikeholdsplanene skal være i tråd med føringene Helse Sør-Øst styresak 116-2025. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen som helhet.*
2. *Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på to milliarder kroner.*
3. *Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehus Østfold HF i 2027. Inntektsstøtten er en nedtrapping av inntektsstøtte gitt i 2026 som følge av vesentlige omfordelingseffekter fra oppdateringen av inntektsmodellen. Inntektsstøtten fordeler seg slik:*
- *Sykehuset Telemark HF: 22 millioner kroner*
 - *Sykehuset i Vestfold HF: 30 millioner kroner*
 - *Sykehuset Østfold HF: 33 millioner kroner*
- Videre reserveres ekstraordinær inntektsstøtte i 2027 til Sykehuset Innlandet HF med 30 millioner kroner og Sykehuset Telemark HF med 12 millioner kroner som følge av den økonomiske situasjonen i de to helseforetakene og den særskilte demografiske utviklingen i de to opptaksområdene.*
- Endelig behov for inntektsstøtte vurderes i forbindelse med årlige budsjetter.*
4. *Det reserveres en tidsbegrenset inntektsstøtte til Vestre Viken HF i perioden 2027-2028 med inntil henholdsvis 55 og 27,5 millioner kroner for å avlaste for den økonomiske effekten som følge av overføringen av virksomheten Martin Hansens Hospital. Helseforetaket skal utrede og realisere gevinster og effekter fra samordning av virksomhetene. Endelig behov for inntektsstøtte vurderes i forbindelse med årlige budsjetter.*

5. *Den planmessige inntektsstøtten til Vestre Viken HF som følge av kostnadene ved nytt sykehus i Drammen videreføres i planperioden og utgjør 105 millioner kroner for 2027. Den planmessige inntektsstøtten reduseres over tid i takt med avskrivningsprofil og den budsjetterte rentebanen. Endelig behov for inntektsstøtte vurderes i forbindelse med årlige budsjetter.*
6. *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 i foretaksgruppen på 2,5 prosent de nærmeste årene. Videre må forbedringer i driftsresultatet før avskrivninger realiseres i tråd med tidligere økonomiske langtidsplaner slik at foretaksgruppen kan bære økte kapitalkostnader og finansiere planlagte investeringsprosjekter.*
7. *Styret viderefører tidligere prioriterte store byggeprosjekter som er i gjennomføringsfase eller er tildelt lån over statsbudsjettet. Styret påpeker at medarbeideres behov skal ivaretas gjennom byggeprosjektene. 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.*
8. *Ved prioritering av nye regionale byggeprosjekter vil kapasitetsbehov være førende. Foretaksgruppens samlede gjeldsbelastning skal, etter gjennomføring av pågående store investeringsplaner, reduseres. Styret ber om at administrerende direktør kommer tilbake til dette i sitt forslag til økonomisk langtidsplan.*
9. *Styret slutter seg til gjennomsnittlig planlagt årlig investeringsnivå innen IKT på mellom 2,4 og 2,8 milliarder kroner i planperioden, herunder 900 millioner kroner årlig til IKT-utvikling i Sykehuspartner HF. 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. Endelig nivå og fordeling mellom områder fastsettes i budsjett.*
10. *Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.*

Som det framkommer av protokollen ble det i behandlingen av saken diskutert hvilke muligheter som ligger i å se på henvisningspraksis og samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten for å nå mål om reduserte ventetider. Styret ba om å få en analyse av hvilke muligheter dette gir. Helse Sør-Øst RHF følger dette opp som en del av arbeidet med reduserte ventetider.

Nasjonale føringer og regionale planer og delstrategier

Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2027-2030 framkommer av sak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 – planforutsetninger*. På Helse Sør-Øst RHF's nettsider finnes en utvidet oversikt over regionale planer og delstrategier; [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF](#). [Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040](#) (styresak 134-2022) er den overordnede planen som ligger til grunn for utviklingen av Helse Sør-Øst

fram mot 2040. I tråd med veilederen for utviklingsplaner skal utviklingsplanen revideres i løpet av 2026. Styret ble orientert om arbeidet med revisjonen i sak 147-2025 *Oppdatering av veileder for arbeidet med utviklingsplaner og prosess for revisjon av regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF*.

Helseforetakene skal ha lagt til grunn at kravene fra oppdrag og bestilling i 2026 også vil være gjeldende i planperioden. I dette ligger det at helseforetakene innenfor sitt ansvarsområde skal understøtte arbeidet med hovedmålene Helse Sør-Øst RHF er gitt i styringsdokumentene:

1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid
4. Vår felles helsetjeneste skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser og krig
6. En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk

Føringene som ligger til grunn for helseforetakenes innspill

I arbeidet med innspill til økonomisk langtidsplan legger helseforetakene til grunn en framskriving av inntektene basert på gjeldende inntektsmodell og mottatte planforutsetningsrammer. Helseforetakene har vurdert behov for utvikling i aktivitet, bemanning, produktivitet, investeringsplaner, vedlikehold med videre, og oversendt sine innspill til Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF vil i styresak i juni vurdere helseforetakenes innspill opp mot regionale prioriteringer og foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Helseforetakene får årlig i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme og må prioritere mellom drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at helseforetaket skaper positive resultater i drift. Nye, moderne sykehusbygg, nytt utstyr og ny teknologi tilrettelegger for effektiv drift, bedre arbeidsforhold og god pasientbehandling. For å skape økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer må det spares gjennom positive driftsresultater, slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de samlede økonomiske rammene som er gitt.

Nedenfor gjengis et utvalg av planforutsetningene slik de framgår av styresak 032-2026:

- Økonomisk langtidsplan er i faste 2026-kroner.
- Det legges til rette for en vekst i pasientbehandlingen på cirka 1,3 prosent årlig i tråd med fremskrevet demografisk behov.
- Årlig vekst i basisbevilgning som følge av forutsatt aktivitetsvekst forventes å være på 1 290 millioner kroner i 2027-2030. Nivået er anslått med utgangspunkt i historisk bevilgningsnivå for tilsvarende aktivitetsvekst og 100 prosent finansiering av demografisk betinget aktivitetsvekst slik det ble lagt til grunn i statsbudsjettet for 2026.

- Det er i inntektsrammeforutsetningene tatt høyde at ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydelene Grorud og Stovner er overført til Oslo universitetssykehus HF fra Akershus universitetssykehus HF i 2032, jf. styresak 093-2024 *Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo*. Fra samme tid overføres det helhetlige spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Sagene fra Oslo universitetssykehus HF til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Overføring av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for bydelene Alna, Grorud og Stovner skjer samlet i 2032.
- Det er også lagt til grunn en planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF, jf. vedtak i styresak 062-2024 *Vestre Viken HF – planmessige inntektsstøtte*. Videre er det reservert en tidsbegrenset inntektsstøtte til helseforetaket i perioden 2027-2028 med inntil henholdsvis 55 og 27,5 millioner kroner for å avlaste for den økonomiske effekten som følge av overføringen av virksomheten Martina Hansens Hospital.
- Det er reservert ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF (22 millioner kroner), Sykehuset i Vestfold HF (30 millioner kroner) og Sykehuset Østfold HF (33 millioner kroner) i 2027. Dette er en nedtrapping av inntektsstøtte gitt i 2026 som følge av vesentlige omfordelingseffekter fra oppdateringen av inntektsmodellen. Det er ytterligere reservert ekstraordinært inntektsstøtte i 2027 til Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF på henholdsvis 30 millioner kroner og 12 millioner kroner, som en følge av den økonomiske situasjonen i de to helseforetakene og den særskilte demografiske utviklingen i de to opptaksområdene.
- Veksten i tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF er anslått til 1 195 millioner kroner fra budsjett 2026 til 2030 (reelt; 2026-kroner). Dette tilsvarer en økning på 19 prosent, som er ett prosentpoeng høyere enn perioden budsjett 2025 til 2029 i fjorårets økonomiske langtidsplan. Tjenestepriisen for 2027 viser en økning på 1,4 prosent sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029 (justert til 2026-kroner).
- Lånefinansieringen for store byggeprosjekter som ikke ennå er bevilget over statsbudsjettet, er innarbeidet med forutsetning om 90 prosent lån som andel av styringsrammen (P50-estimat). Videre er alle lån fra Helse- og omsorgsdepartementet innarbeidet med renteforutsetning statsrente pluss 40 basispunkter.
- Rentenivået for nye lån baserer seg på markedsrenter i planperioden 2027-2030, for deretter å tilpasses langsiktig stabil rente ved interpolering over ti år. Langsiktig rente baseres på anslag på langsiktig likevektsrealrente (1,9 prosent), justert for påslag i lånebetingelsene fra Helse- og omsorgsdepartementet, jf. over, og forventet påslag for fastrente. Realrenteforutsetningen er gjort for å få bedre konsistens med fremtidig inntektsutvikling.
- Tilsvarende som i forrige økonomiske langtidsplan er det ikke innarbeidet noen realprisjustering av fremtidige investeringspådrag i de regionalt prioriterte byggeprosjektene. Prognoserapport mottatt fra WSP Norge AS¹ den 9. mars 2026 indikerer en vekst i sykehusindeksen på 3,5 prosent for 2026, deretter henholdsvis 3,0 prosent og 2,9 prosent for årene 2027 og 2028. Basert på dette er det vurdert at

¹ WSP Norge AS er den norske delen av WSP, et internasjonalt rådgivende ingeniør- og konsulentselskap

det ikke er grunnlag for å realprisjustere investeringspådragene i økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Helseforetakene har, på bakgrunn av forutsetninger gitt av Sykehusapotekene HF, innarbeidet anslått økning i beregnede legemiddelkostnader fra 7,8 milliarder kroner for foretaksgruppen i 2026 til 8,6 milliarder kroner i 2030. Dette tilsvarer en estimert økning i kostnader i perioden på om lag elleve prosent, og andel legemiddelkostnader av totale driftskostnader forventes i planperioden å ligge på i overkant av seks prosent. Dette er en liten økning fra historisk nivå (om lag seks prosent) og skyldes at helseforetakene har budsjettert med en noe lavere vekst i øvrige driftskostnader enn tidligere, særlig kostnader til bemanning. Det er noe økt risiko knyttet til utviklingen i legemiddelkostnader sammenlignet med tidligere planer. Dette henger særlig sammen med utfallet av pågående vurderinger Direktoratet for medisinske produkter og Helsedirektoratet gjør, knyttet til terskelverdier² for nye legemidler og innføring av «most favored nation»-prising på legemidler i USA.

I sammenstillingene av utviklingen i planperioden er det tatt utgangspunkt i helseforetakenes estimat per mars 2026 for aktivitet, bemanning, produktivitet, økonomiske resultater og likviditet med mer.

Konsekvenser av forslag til revidert nasjonalbudsjett

Regjeringen la 12. mai fram forslag til revidert nasjonalbudsjett, jf. Prop. 96 S (2025-2026) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2026*. Her varsler regjeringen en rekke justeringer i inneværende års budsjett som det ikke er tatt høyde for i styresak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 - planforutsetninger*. I sum innebærer disse en økt økonomisk risiko i planperioden som ikke er reflektert i helseforetakenes innspill:

- Anslaget for lønns- og prisvekst er økt siden Prop 1 S (2025-2026). I statsbudsjettet er det lagt til grunn en deflator på 3,2 prosent, mens nytt anslag er 3,6 prosent. Det er ikke foreslått at bevilgningen skal endres som følge av dette. Dersom endringen i deflator skulle blitt kompensert, er det anslått at dette ville ha gitt om lag 400 millioner kroner i økte bevilgninger til Helse Sør-Øst (alle inntektsposter).
- Nytt anslag på 3,6 prosent er beregnet ut fra lønnsvekst på 4,4 prosent og prisvekst på 2,5 prosent for produktsammensetningen i spesialisthelsetjenesten. Disse anslagene innebærer også gjenværende risiko hvis veksten går ut over dette.
- Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å nedjustere enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering (ISF) i somatikk med 0,8 prosent. Dette skyldes en evaluering av regelverksendringene for 2026 som viser at beregnede ISF-poeng lagt til grunn i statsbudsjettet blir 0,8 prosent høyere enn det som gir et budsjettneutrylt opplegg. For Helse Sør-Øst innebærer dette at de budsjetterte ISF-poengene i 2026 gir om lag 140 millioner kroner lavere ISF-inntekt enn det som er lagt til grunn i helseforetakenes budsjetter.
- I behandlingen av Prop. 1 S (2025-2026) vedtok Stortinget å redusere overslagsbevilgningen til laboratorirefusjoner. Bakgrunnen var et forslag om å avvikle refusjon fra 1. mai 2026 for rekvirenter som er fullt privat finansiert. Innsparingen ble anslått til 258 millioner kroner, og det var forutsatt å være

² Betalingsvillighet for kvalitetsjusterte leveår (QALY)

budsjettneutralitet for helseforetakene. I Prop. 50 L (2025–2026) orienterte Helse- og omsorgsdepartementet om at endringen ikke gjennomføres i 2026, og at inndekning skulle foreslås i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Det foreslås nå at inndekningen delvis håndteres gjennom reduserte refusjonstakster for laboratorieanalyser med sju prosent fra 1. juli 2026. Dette reduserer isolert sett overslagsbevilgningen nasjonalt med 138,5 millioner kroner. Samtidig foreslås det en økning i bevilgningen på 119,5 millioner kroner nasjonalt for å dekke inn resten av den foreslåtte innsparingen i saldert budsjett 2026. Reduksjonen i refusjonstakster på sju prosent utgjør i underkant av 80 millioner kroner for Helse Sør-Øst sammenlignet med budsjett.

Samlet utgjør disse forslagene en innstramming av inneværende års budsjett for foretaksgruppen på i overkant av 600 millioner kroner. Effektene vil alt annet like bli tilsvarende i hvert av de kommende årene i økonomisk langtidsplan.

I tillegg til de nevnte forholdene foreslår regjeringen å endre regnskapsføringen av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak og at prinsippene for regnskapsføringen fastsettes i en egen forskrift. Styret behandlet høringsvar knyttet forslag til forskrift i sak 043-2026 *Høringssvar regnskapsføring av pensjonsforhold*. Til tross for at hoveddelen av de 38 høringsvarene hadde innvendinger til forslaget, har regjeringen etter en samlet vurdering valgt å gå videre med en løsning som er tilnærmet uendret fra forslaget i høringsnotatet. Nye regler vil innebære at det blir en fastsatt nettorente³ på 0,75 prosentenheter ved beregningen av helseforetakenes pensjonsforpliktelser, samt at det innføres amortisering av avviket mellom årets pensjonskostnad og -premie. Det vil si at helseforetakene skal kostnadsføre ett års premieavvik over en periode på tre år fra og med påfølgende regnskapsår. Reglene vil være førende for den bevilgningsmessige håndteringen av pensjonskostnader.

Helse- og omsorgsdepartementet vil avklare de regnskapsmessige detaljene i forskriften og eventuelt utarbeide en tilhørende veiledning. Det legges til grunn at endringene skal gjelde fra og med regnskapsåret 2026, og endelig forskrift skal foreligge i god tid før regnskapsårets avslutning. Regjeringen varsler at den vil kunne se på håndteringen av helseforetakenes pensjonsforhold på nytt dersom den nye ordningen likevel ikke virker nøytralt på driften over tid slik som forutsatt. Den nye modellen skal evalueres innen fem år.

Som det framgår av høringsnotat og høringsvaret fra Helse Sør-Øst RHF, er det ikke mulig fullt ut å overskue konsekvensen av de endrede prinsippene for regnskapsføring av pensjonsforhold. Som omtalt i sak 043-2026 gir innføringen av den foreslåtte nettorenten og amortisering av premieavviket få holdepunkter for at den samlede driftskreditten og den tilhørende rentebelastning blir noe lavere enn i dagens modell de nærmeste årene.

I høringsnotatet ble det foreslått at opparbeidet driftskreditt til og med 2025 skulle kostnadsføres over tre år fra og med 2026. Formålet var å nullstille eksisterende driftskreditt ved overgang til nytt regelverk for regnskapsføring av pensjonsforhold. For å

³ Differansen mellom diskonteringsrente og lønnsvekst betegnes gjerne som nettorenten. Denne har stor betydning for hvor høy pensjonsforpliktelsen anslås å være. En høy, positiv nettorente innebærer at nåverdien av pensjonsforpliktelsen blir lavere- og motsatt.

nullstille tidligere opparbeidet driftskreditt raskere foreslås det nå at driftskreditt per utgangen av 2025 skal kostnadsføres over to år fra og med 2026.

Oppdaterte beregninger av pensjonskostnader og -premie i 2026 som er lagt til grunn i den bevilgningsmessige håndteringen i Prop. 96 S (2025-2026), tilsier nasjonalt en reduksjon i anslag på pensjonskostnaden i 2026 fra 22 000 millioner kroner i saldert budsjett til 13 700 millioner kroner i revidert nasjonalbudsjett. Den bevilgningsmessige håndteringen av dette gir en antatt negativ resultateffekt fra budsjett på om lag 700 millioner kroner for Helse Sør-Øst.

Oppdaterte anslag på pensjonspremien i 2026 øker fra 26 600 millioner kroner til 32 000 millioner kroner nasjonalt. De regionale helseforetakene hadde ved inngangen av året 15 386 millioner kroner i driftskredittramme som følge av store forskjeller mellom pensjonspremie og pensjonskostnad de senere årene. I protokollen fra foretaksmøte 13. januar 2026 ble det anslått ett redusert driftskredittbehov på 3 387 millioner kroner, og at samlet driftskredittramme ved utgangen av året ville være 11 999 millioner kroner. Når det tas hensyn til blant annet amortisering av opparbeidet driftskreditt og økt tillatt bruk av premiefond som varslet i nysalderingen av statsbudsjettet⁴ for 2025, så øker imidlertid de regionale helseforetakenes driftskredittbehov i 2026 i stedet med 2 687 millioner kroner til 18 073 millioner kroner. Samlet vil om lag 18 milliarder kroner i driftskredittgjeld gi de regionale helseforetakene 810 millioner kroner i rentekostnader, under forutsetning om en rente på 4,5 prosent hvorav andelen til Helse Sør-Øst utgjør om lag halvparten.

Foreslått håndteringen av pensjonsforhold i revidert nasjonalbudsjett gir dermed ikke nøytrale økonomiske pensjonsrammebetingelser i 2026 slik forutsetningen for endret håndtering var angitt. Det er i økonomisk langtidsplan tatt høyde for et nivå på driftskredittgjeld på nivå med anslaget for utgangen av 2026 gitt i protokollen fra foretaksmøtet 13. januar i år, dvs. 6 026 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF. Dette var en reduksjon på 1 851 millioner kroner fra inngangen til 2026. Basert på anslagene i revidert nasjonalbudsjett vil imidlertid rammene øke med 1 468 millioner kroner for Helse Sør-Øst til en samlet driftskredittgjeld på 9 335 millioner kroner. Denne økningen av gjelden på 3 319 millioner kroner ved utgangen av 2026 er ikke hensyntatt i forutsetningene for økonomisk langtidsplan i denne styresaken. Årlig rentekostnad for 9 335 millioner kroner i driftskredittgjeld utgjør 420 millioner kroner, hvorav om lag 150 millioner kroner dermed ikke er hensyntatt. Det er uansett krevende å anslå hvordan driftskredittrammen vil utvikle seg i årene framover og i økonomisk langtidsplan er denne lagt uendret på 6 026 millioner kroner i alle årene.

Samlet sett innebærer oppdaterte tall i forslaget til revidert nasjonalbudsjett en forverring av Helse Sør-Østs økonomiske rammer i 2026 på drøyt 600 millioner kroner. I tillegg kommer en negativ effekt av endrede pensjonskostnader og ny modell for håndtering av pensjonsforhold på om lag 700 millioner kroner. Videre gir økt nivå på driftskredittrammen ved utgangen av 2026 økte rentekostnader, med helårseffekt på om lag 150 millioner kroner fra og med 2027.

Resultateffekten av endrede pensjonskostnader kan ikke alene tilskrives ny modell for håndtering av pensjonsforhold. Oppdaterte beregninger av pensjonskostnaden ville uansett

⁴ Prop. 20 S (2025-2026) *Endringer i statsbudsjettet 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet*

gitt lavere pensjonskostnader enn det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2025-2026) og helseforetakenes budsjetter. Som det framgår av sak 130-2025 *Budsjett 2026 – fordeling av midler til drift og investeringer* kan de faktiske pensjonskostnadene i Helse Sør-Øst avvike fra andelen av bevilgningen (den nasjonale inntektsmodellen) og derfor isolert sett gir årlige resultateffekter fra pensjon. I budsjettet utgjorde dette en positiv effekt på om lag 900 millioner kroner, mens de oppdaterte pensjonsberegningene reduserer denne effekten til om lag 200 millioner kroner. Med andre ord gir de oppdaterte beregninger mindre omfordelingseffekter mellom regionene enn beregningene som lå til grunn i budsjettet.

Det vil bli gjort oppdaterte vurderinger av konsekvensen av revidert nasjonalbudsjett for økonomisk langtidsplan i saken styret får til behandling i styremøtet 18. juni.

Sammenhengen mellom midler benyttet til kapital og til lønn

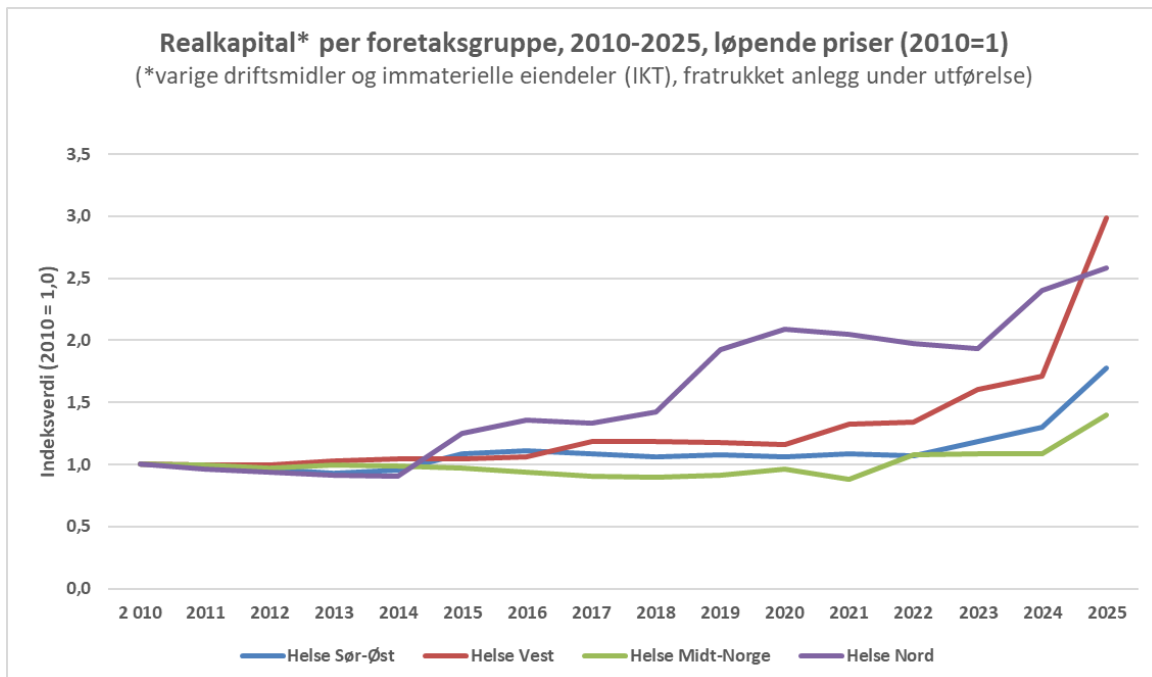
Den økonomiske langtidsplanen vurderer sammenhengene mellom aktivitet, bemanning, drift og investering. Hvordan disse sammenhengene utvikler seg over tid, gir innsikt i hvordan krevende prioriteringer kan håndteres på kort og lang sikt.

I styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025-2028* ble det vist til at Rambøll og Menon (2022), Menon (2017) og Riksrevisjon (2021) alle påpeker at et lavt investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten gjennom de siste 20 årene har skapt et vedlikeholdsetterslep og har vridt ressursinnsatsen mot arbeidskraft i en allerede arbeidsintensiv sektor. Dette reduserer mulighetene for økt produktivitet i sektoren. Menon (2023)⁵ og RIF (2025)⁶ har også senere påpekt et betydelig vedlikeholds- og investeringsetterslep i spesialisthelsetjenesten. I styresak 116-2025 *Vedlikehold av sykehusbygg* ble det vist til at tilstandskartleggingen i 2024 estimerte et betydelig samlet oppgraderingsbehov for å nå en arealvektet gjennomsnittlig tilstandsgrad tilsvarende tilstandsgrad 1,0. Uten tilstrekkelige investeringer kan det argumenteres for at arbeidsproduktiviteten ikke kan bli like høy som den kunne blitt dersom kapitalinnsatsen var tilstrekkelig. Økte investeringer i realkapital, som bygninger, IKT og medisinsk-teknisk utstyr, kan derfor bidra til å øke produktiviteten fremover.

Analyser av de regionale helseforetakenes årsrapporter viser at realkapitalen, her definert som varige driftsmidler i form av balanseførte verdier av immaterielle eiendeler (IKT) og bygg og utstyr, fratrasket anlegg under utførelse, fra 2010 til 2025 har økt med 80 prosent i Helse Sør-Øst, vesentlig lavere enn Helse Vest som har 200 prosent økning og Helse Nord som har 160 prosent økning. Helse Midt-Norge hadde en økning på 40 prosent i perioden (Figur 1).

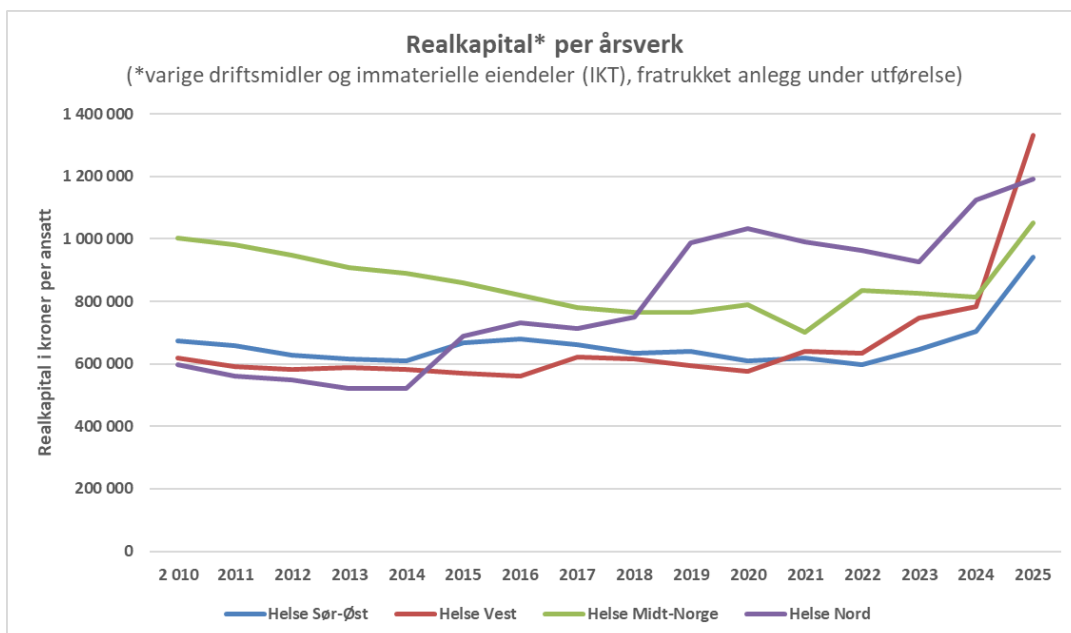
⁵ Menon (2023): [Investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten](#)

⁶ Rådgivende ingeniørers forening (2025): [Norges tilstand 2025](#)



Figur 1 Indeksert utvikling i realkapital per helseregion fra 2010 (kilde: Årsrapporter RHF). For Helse Midt-Norge er Sjukehuset Nordmøre og Romsdal i årsregnskapet for 2025 klassifisert som AUU (anlegg under utførelse), men er her klassifisert som realkapital per utgangen av 2025 da sykehuset er tatt i bruk i 2025.

Dersom man ser på realkapital per ansatt, fremkommer det at Helse Sør-Øst har slike varige eiendeler til en verdi per årsverk på 943 000 kroner i 2025, mens den er om lag 1 050 000 kroner i Helse Midt-Norge, om lag 1,3 millioner kroner i Helse Vest, og om lag 1,2 millioner kroner i Helse Nord (Figur 2).



Figur 2 Utvikling realkapital per årsverk per helseregion, hele kroner fratrasket anlegg under utførelse (Kilde: Årsrapporter RHF, SSB).

2.1. Helseforetakenes innspill – drift: aktivitet, bemanning og resultat

Aktivitet

Styret har i planforutsetningene lagt til grunn at aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om å redusere ventetider. Det stilles ikke krav til aktivitetsvekst i absolutte tall eller prosent i økonomisk langtidsplan. Tallfestede krav til pasientbehandling og aktivitetsvekst vurderes i budsjettprosessen hvert år, hvor forutsetningene i statsbudsjettet er førende.

Somatikk

Det ble styresak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 – planforutsetninger*, lagt til grunn at det demografiske vekstbehovet i somatikken er 1,5 prosent i 2027.

Helseforetakenes innspill viser at veksten i ISF-poeng i 2027 tilsvarer dette nivået i den budsjetterte veksten fra estimat 2026 til ØLP 2027, jf. Tabell 1. I de neste årene er det planlagt med en lavere vekst sammenlignet med veksten i 2027.

ISF-poeng somatikk	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	Endring E2026 - ØLP2027	Endring E2026 - ØLP2030
HSØ Foretaksgruppen	902 200	922 795	947 553	968 718	984 073	995 549	1 007 603	1 019 483	1,6 %	5,2 %
Private ideelle sykehus	54 165	54 662	57 846	57 620	57 386	57 709	58 021	58 309	-0,4 %	1,2 %
Sum ISF-poeng	956 365	977 457	1 005 399	1 026 338	1 041 459	1 053 258	1 065 624	1 077 792	1,5 %	5,0 %

Tabell 1 ISF-poeng somatikk (døgn, dag, poliklinikk) inklusive legemidler (sørge for-ansvaret) angitt som faktisk aktivitet i 2023-2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027-2030. Innspill for 2027 og 2030 er sammenlignet med ISF-poeng for estimat 2026.

En del av forklaringen på lavere veksten i ISF-poeng etter 2027 er en planlagt dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. Det vil si at det planlegges for at flere pasienter får helsehjelp, men dette reflekteres ikke i tilsvarende vekst i ISF-poeng. Tabell 2 viser at det er en høyere vekst for polikliniske opphold innen somatikk enn anslått vekst i ISF-poeng. Dette gjelder både for budsjetterte vekst fra estimat 2026 til 2027 og vekst fra estimat 2026 til 2030.

Diagnose relaterte grupper (DRG) og innsatsstyrt finansiering (ISF)

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i underkant av 1 000 diagnoserelaterte grupper, basert på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 9 000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittskostnaden. Utbetalingene til de regionale helseforetakene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med tilsvarende kostnadsvekt. Utbetalingene gjennom ISF skal baseres på reell aktivitet basert på rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet forvalter ISF-ordningen.

Hverken DRG-systemet eller ISF-ordningen sier noe om kvaliteten i pasientbehandlingen.

Boks 1 Omtale av DRG og ISF.

Helset Sør- Øst inkl. private ideelle sykehus	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP2027	ØLP2028	ØLP2029	ØLP2030	Endring E2026 - ØLP2027	Endring E2026 - ØLP2030
Somatikk - antall inntekts-givende polikliniske opphold	3 572 515	3 634 701	3 779 217	3 888 134	3 961 701	4 020 991	4 087 346	4 152 364	1,9 %	6,8 %

Tabell 2 Antall inntektsnivende polikliniske opphold i somatikk angitt som faktisk opphold i 2023-2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027-2030. Innspill for 2027 og 2030 er sammenlignet med ISF-poeng for estimat 2026.

I framskrivingsmodellen for aktivitet i spesialisthelsetjenesten er det angitt en gjennomsnittlig årlig vekst i liggedøgn og poliklinikk/dagbehandling på henholdsvis 1,1 prosent og 1,3 prosent fram mot 2040. Summen av helseforetakenes innspill viser at det planlegges med en årlig vekst i liggedøgn som ligger rett underkant av dette, med 1,0 prosent i gjennomsnitt i planperioden 2027-2030. Samtidig er den budsjetterte årlig veksten i poliklinisk behandling på 1,7 prosent i samme periode, det vil si noe over det framskrivingsmodellen angir.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det ble som planforutsetning lagt til grunn at det demografiske vekstbehovet i 2027 for psykisk helsevern voksne er 0,55 prosent, psykisk helsevern barn og unge er 0,35 prosent og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er 0,4 prosent. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det kun ISF-poeng innen poliklinisk aktivitet. Det demografiske vekstbehovet inkluderer alle omsorgsnivåer.

Helseforetakenes legger i innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 til grunn en noe høyere vekst i ISF-poeng (dvs. poliklinisk aktivitet) innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn framskrivingsmodellen tilsier. For psykisk helsevern barn og

unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det estimert en forholdsvis høy vekst i 2026 fra 2025, som medfører at veksten i 2027 ser relativt lav ut.

ISF-poeng Helse Sør-Øst	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP2027	ØLP2028	ØLP2029	ØLP2030	Endring E2026 - ØLP2027	Endring E2026 - ØLP2030
VOP	183 195	187 110	215 968	218 498	221 122	223 466	225 946	228 380	1,2 %	4,5 %
BUP	154 203	157 958	170 342	175 429	177 191	178 519	179 849	180 672	1,0 %	3,0 %
TSB	39 625	40 613	43 371	45 099	45 196	45 742	46 285	46 826	0,2 %	3,8 %
Sum ISF-poeng	377 023	385 680	429 681	439 026	443 509	447 726	452 080	455 878	1,0 %	3,8 %

Tabell 3 ISF-poeng sørge for-ansvaret psykisk helsevern voksne (VOP), psykisk helsevern barn og unge (BUP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus. Faktisk aktivitet i 2023-2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027-2030. Prosentvis vekst er beregnet med utgangspunkt i estimat 2026 for beregning av vekst for både 2027 og 2030.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser summen av helseforetakenes innspill at det planlegges for en aktivitetsvekst både innen liggedøgn og polikliniske opphold i planperioden 2027-2030 som er i tråd med eller over det framskrivingsmodellen for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten angir som årlig vekst fram mot 2040.

Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kostnader til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjonskostnader skal for planperioden minst øke med den demografiske veksten for disse områdene, jf. styresak 032-2026 Økonomisk langtidsplan 2027-2030 - Planforutsetninger. Dette er i tråd med det som gjelder for inneværende år, jf. oppdragsdokumentet for 2026 fra Helse- og omsorgsdepartementet⁷. Summen av helseforetakenes innspill viser at veksten i 2027 ligger godt over den demografiske veksten lagt til grunn i planforutsetningene.

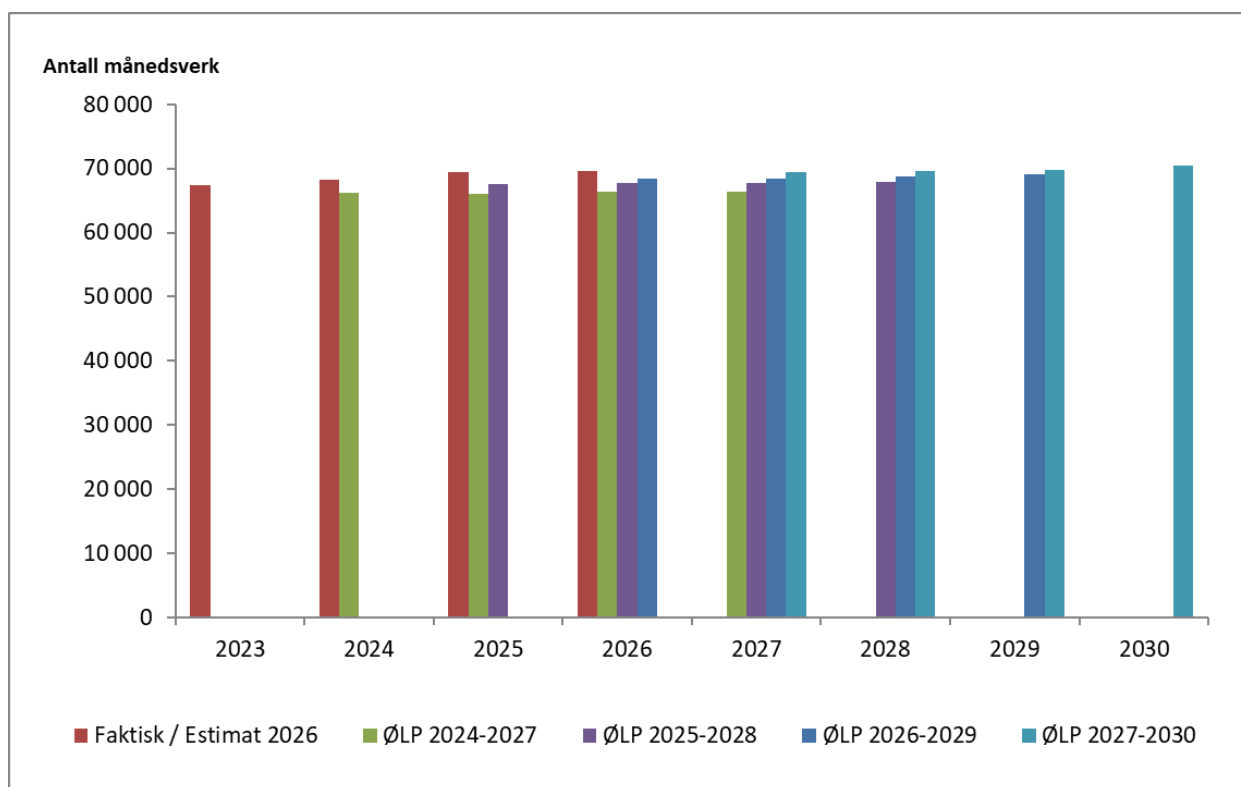
Helse Sør- Øst Foretaksgruppen - Prosentvis endring kostnader per år	B2026	ØLP2027	ØLP2028	ØLP2029	ØLP2030
VOP	7,5 %	4,4 %	1,0 %	0,9 %	1,2 %
BUP	4,1 %	2,1 %	0,8 %	0,7 %	1,0 %
Psykisk helsevern	6,7 %	3,9 %	0,9 %	0,9 %	1,1 %
TSB	8,4 %	3,3 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %
Sum alle tjenesteområder	7,1 %	3,8 %	0,9 %	0,8 %	1,1 %

Tabell 4 Budsjettert årlig vekst i kostnader per tjenesteområdene i årene 2027-2030 sammenlignet med budsjett 2026. Psykisk helsevern voksne (VOP), psykisk helsevern barn og unge (BUP), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Bemanning- og kompetanseplanlegging

Summen av helseforetakenes innspill viser at det er lagt til grunn en bemanningsreduksjon på 219 brutto månedsverk i 2027 sammenlignet med årsestimatet per mars 2026. Bemanningen øker med 1,1 prosent fra estimat 2026 til 2030, tilsvarende 765 brutto månedsverk.

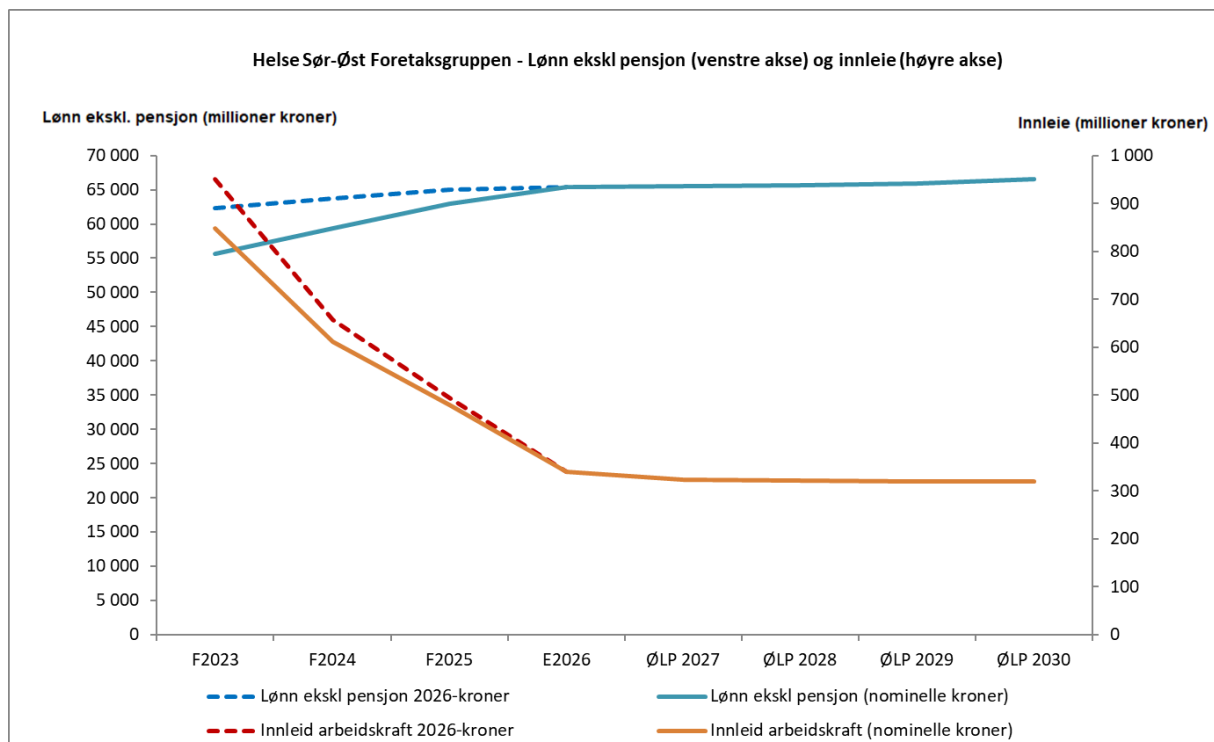
⁷ Fra Oppdragsdokument 2026: Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten for disse områdene lagt til grunn i Prop. 1 S (2025-2026).



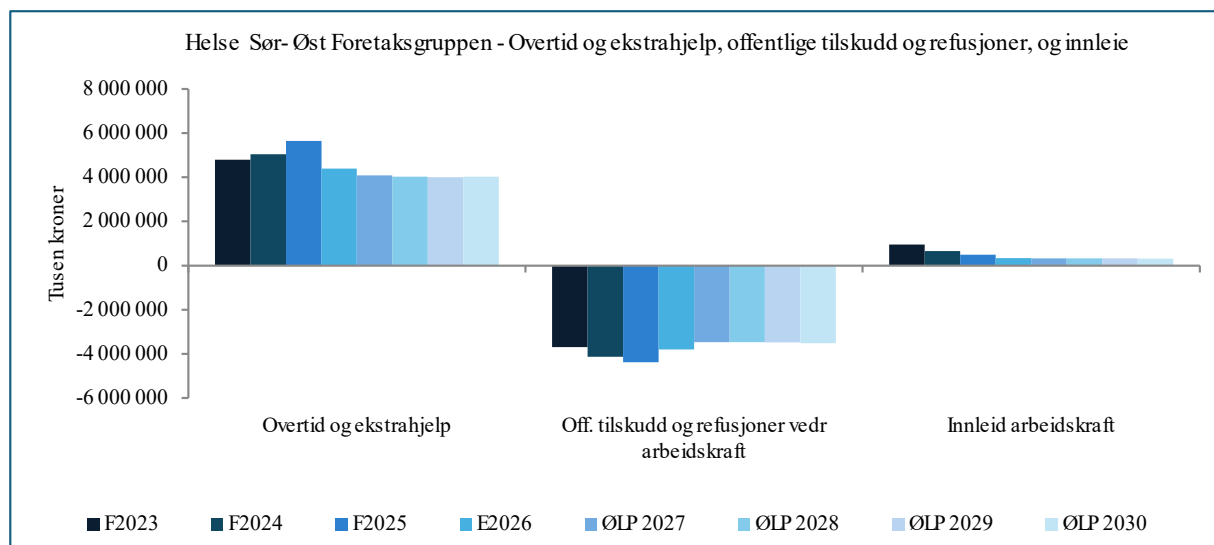
Figur 3 Utviklingen i brutto månedsværk i innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 sammenlignet med tidligere økonomiske langtidsplaner.

Figur 3 viser utviklingen i brutto månedsværk i økonomisk langtidsplan 2027-2030 og i tidligere økonomiske langtidsplaner. Figuren viser også tidligere års faktiske bemanning og årsestimat for 2026, der veksten har vært større enn planlagt. Dette henger blant annet sammen med aktivitetsvekst og høyere sykefravær.

Kostnader til innleie er i helseforetakenes innspill for 2027 og 2030 redusert med henholdsvis 4,7 prosent og 5,9 prosent sammenlignet med estimatet for 2026. Det er samtidig budsjettert med reduksjon i overtid og ekstrahjelp på 7,1 prosent og 8,4 prosent i henholdsvis 2027 og 2030, sammenlignet med estimatet for 2026. Innspillene viser at totale lønns- og innleiekostnader øker med 1,6 prosent fra estimat 2026 til 2030, se Figur 4. Det er samtidig lagt til grunn en reduksjon i sykefraværet, som i innspillene framkommer gjennom en reduksjon i budsjetterte offentlig tilskudd. Dette bidrar til forventet lavere samlede lønns- og innleiekostnader og brutto månedsværk enn hvis sykefraværet opprettholdes på nåværende høye nivå. Dette er vist i Figur 5.



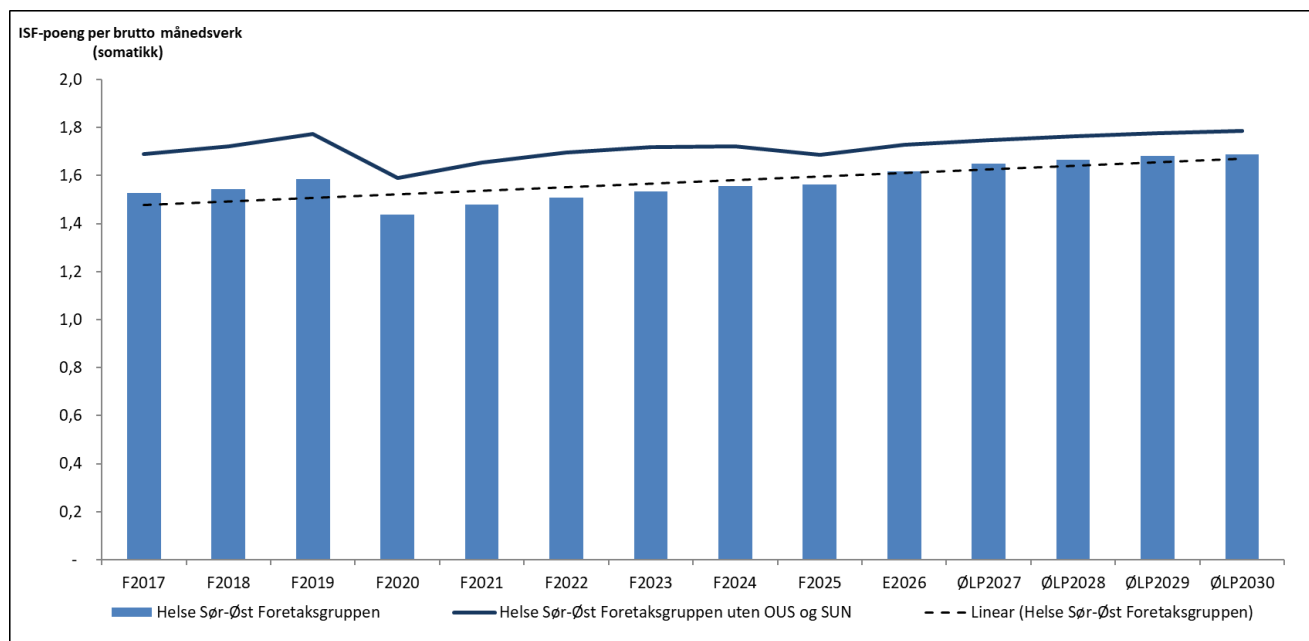
Figur 4 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon (venstre akse) og innleie (høyre akse) i innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030. Stiplede linjer er justert til 2026-kroner. Heltrukken linje fra faktisk 2023 til 2025 viser nominelle millioner kroner.



Figur 5 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon og innleie i innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 (reelle 2026-kroner).

Produktivitetsutvikling

Helse Sør-Øst RHF benytter ISF-produktivitet for somatikk⁸ i helseforetakene som produktivitetsmål i de økonomiske langtidsplanene. Helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 viser en utflating av veksten i produktivitet ved bruk av dette målet. Aktivitetsveksten fra estimat 2026 til 2030 legger opp til økt produktivitet innen somatikk jf. Figur 6.



Figur 6 ISF-produktivitet for somatikk med faktiske tall i årene 2017–2025, estimat for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027–2030.

For årene 2020, 2021 og delvis 2022 var driften sterkt preget av koronapandemien. Det ble satt inn ekstra ressurser i samtlige helseforetak for å håndtere den ekstraordinære situasjonen, og Stortinget fattet vedtak om engangsbevilgninger. Det ble arbeidet med tiltak i helseforetakene i 2023 for å tilpasse ressursbruken til aktivitetsnivået, samtidig som aktiviteten måtte økes. Dette arbeidet ble videreført i 2024. Gjennom koronapandemien ble arbeidet med omlegging av måten helsetjenester ytes på, forsterket med overgang fra døgnbehandling til mer poliklinikk og dagbehandling, samt økt bruk av digital hjemmeoppfølging. Disse endringene er varige og påvirker ISF-produktiviteten.

⁸ Arbeidsproduktivitet (ISF-produktivitet) viser forholdet mellom aktivitet (ISF-poeng) og ressursbruk (antall brutto månedsverk). ISF-poengene i disse beregningene omfatter behandling av alle pasienter, herunder pasienter fra andre helseregioner (gjestepasienter). ISF-poengene er videre korrigert for ISF-poeng for legemidler, da disse poengene ikke er direkte knyttet til ressursinnsatsen i pasientbehandlingen i og med at legemidlene gis utenfor sykehus. ISF-poengene beregnes basert på systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG), et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

ISF produktivitet Foretaksgruppen	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP2027	ØLP2028	ØLP2029	ØLP2030	Endring E2026 - ØLP2027	Endring E2026 - ØLP2030
ISF - somatikk	861 954	885 466	905 239	936 331	949 910	961 139	972 885	984 121	1,5 %	5,1 %
Brutto månedsværk somatikk	46 844	47 453	48 282	48 298	48 020	48 051	48 198	48 631	-0,6 %	0,7 %
ISF-produktivitet	1,53	1,55	1,56	1,62	1,65	1,67	1,68	1,69	2,0 %	4,4 %
Årlig endring i produktivitet	1,8 %	1,4 %	0,5 %	3,4 %	2,0 %	1,1 %	0,9 %	0,3 %		

Tabell 5 ISF-produktivitet for somatikk med faktiske tall i årene 2023–2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027–2030.

I produktivitetsmålet⁹ innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vektet liggedøgn høyere enn poliklinikk. Dersom antallet liggedøgn reduseres, vil ikke nødvendigvis produktiviteten opprettholdes på samme nivå selv om antall polikliniske konsultasjoner økes. Private ideelle sykehus og kjøp av private helsetjenester er ikke inkludert i Tabell 6.

Vektet liggedøgn per månedsværk	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030
Psykisk helsevern for voksne	59,2	59,8	58,7	58,1	59,2	59,3	59,8	59,6
Psykisk helsevern for barn og unge	39,7	38,9	40,3	41,1	41,2	41,4	41,4	41,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	89,5	89,2	84,8	87,1	88,8	89,4	89,8	89,6

Tabell 6 Vektet liggedøgn per månedsværk for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Faktiske tall i årene 2023-2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027-2030. Aktivitet og bemanning hos private ideelle sykehus og private med kjøpsavtale er ikke inkludert.

Kvalitetsforbedring

Produktivitetsmålene som benyttes i spesialisthelsetjenestene, fanger ikke opp kvalitetsforbedringer i tjenesten. I sak 073-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029* ble det vist til utviklingen overlevelse for alle kreftformer, barnedødelighet og akutt hjerteinfarkt. Disse tallene viste en betydelig økt kvalitet i pasientbehandlingen. I 2026 publiserte det medisinske tidsskriftet Lancet¹⁰ en studie som viste at Norge i perioden 2015-2019 har den høyeste fem-års overlevelsen av barnekreft i verden. Norge har sammen med Sverige også den høyeste fem-års overlevelsen av kreft i verden uten være blant de som bruker mest ressurser¹¹. I vurderingen av produktivitsutviklingen så er det viktig å se dette i lys av hvordan kvaliteten i pasientbehandlingen utvikles. Jf. de vedtatte planforutsetningene legges det til grunn at kvalitet og pasientsikkerheten fortsatt skal prioriteres i planperioden.

⁹ Produktivitetsmålet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av liggedøgn, dagbehandling og polikliniske opphold. Vektete liggedøgn i psykisk helsevern beregnes ved å tildele ulike vektter til forskjellige typer opphold og konsultasjoner, basert på deres relative ressursbruk.

¹⁰ [Progress towards the WHO Global Initiative for Childhood Cancer target of 60% 5-year survival for all childhood cancers combined, 1990–2019 \(CONCORD-4\): a Cancer Survival Index derived for 68 countries by analysis of individual records for 613 021 children from 307 population-based cancer registries - The Lancet](#)

¹¹ [Comperator Report on Cancer Europe 2025 Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostic – The Swedish Institute for Health Economics](#)

Utvikling i resultat og driftsresultat (EBITDA)

Foretaksgruppens økonomiske handlingsrom for planlagte og nødvendige investeringer kan uttrykkes gjennom to sentrale måltall, resultatgrad og driftsresultat justert for avskrivninger (EBITDA¹²):

- Mål om resultatgrad på 2,5 prosent er satt for å kunne opprettholde den planlagte investeringsveksten i arealer, teknologi og utstyr de nærmeste årene.
- Over tid må driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) vokse i takt med den relevante inflasjonsfaktoren for ikke å svekke helseforetakenes investeringsevne. Spesialisthelsetjenestens inntekter justeres årlig med statsbudsjettets deflator.
- Med utgangspunkt i resultatgradmålet og forutsetningen om samlet tildeling til drift og kapital bør EBITDA utgjøre 8,5 prosent over tid for foretaksgruppen.

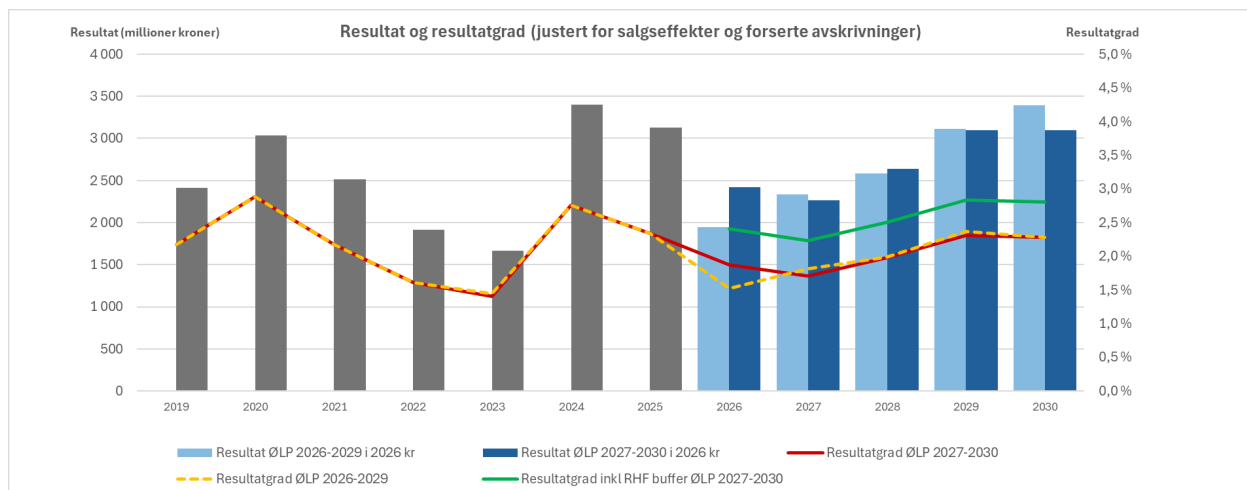
Tabell 7 viser resultatutvikling basert på summen av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplan 2027-2030.

Resultatutvikling (justert for salgs effekter og forserte avskrivninger)	F2023	F2024	F2025	E2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	1 490	3 166	3 033	2 421	2 263	2 639	3 097	3 097
Herav helseforetak med pasientbehandling	- 228	1 381	866	629	1 226	1 707	2 265	2 214
Herav helseforetak uten pasientbehandling inkl Helse Sør-Øst RHF	1 821	2 002	2 258	1 945	1 037	932	832	882
Herav konsernelimineringer	- 104	- 218	- 92	- 153	-	-	-	-

Tabell 7 Resultatutvikling (korrigert for salgsgevinster og forserte avskrivninger) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2023–2025, estimat per mars for 2026 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2027–2030. De faktiske resultatene i 2023–2025 og estimatet for 2026 inkluderer inntektsføring av resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF på 700 millioner kroner. Resultatbuffer er ikke inkludert i resultatet i planperioden 2027–2030.

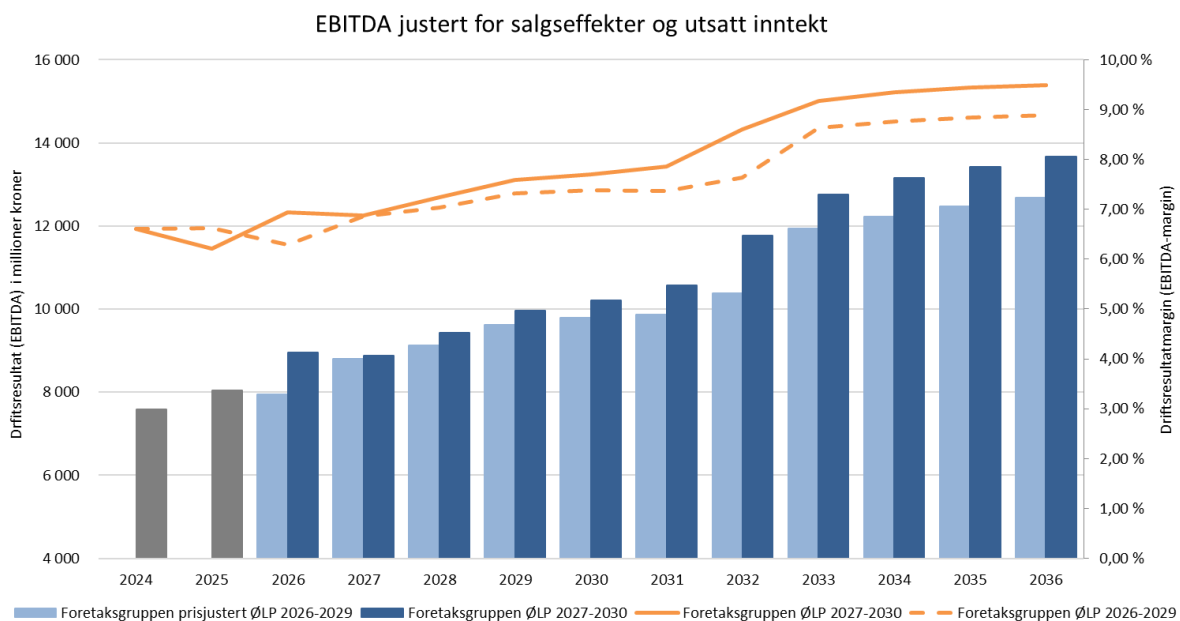
Det er lagt opp til en nedgang i foretaksgruppens resultat på 6,5 prosent fra estimat 2026 til 2027. Sammenlignet med de budsjetterte resultatene i økonomisk langtidsplan 2026–2029 er resultatambisjonene i sum økt i årets innspill. Fra estimat 2026 til 2030 øker resultatet med om lag 28,1 prosent.

¹² Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger. I økonomisk langtidsplan blir det i tillegg korrigert for salgsgevinster og utsatt inntekt, og måltallet blir forenklet kalt «driftsresultat før avskrivninger». Denne måten å måle resultat på er særlig nyttig for helseforetak som har planlagt eller gjennomført store investeringer, for å få et bedre mål på helseforetakets evne til å håndtere kapitalkostnadene.



Figur 7 Resultatutviklingen for foretaksgruppen (venstre akse), samt resultatgrad (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2027-2030 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029 (2026-kroner). Faktiske tall er vist i gråtone.

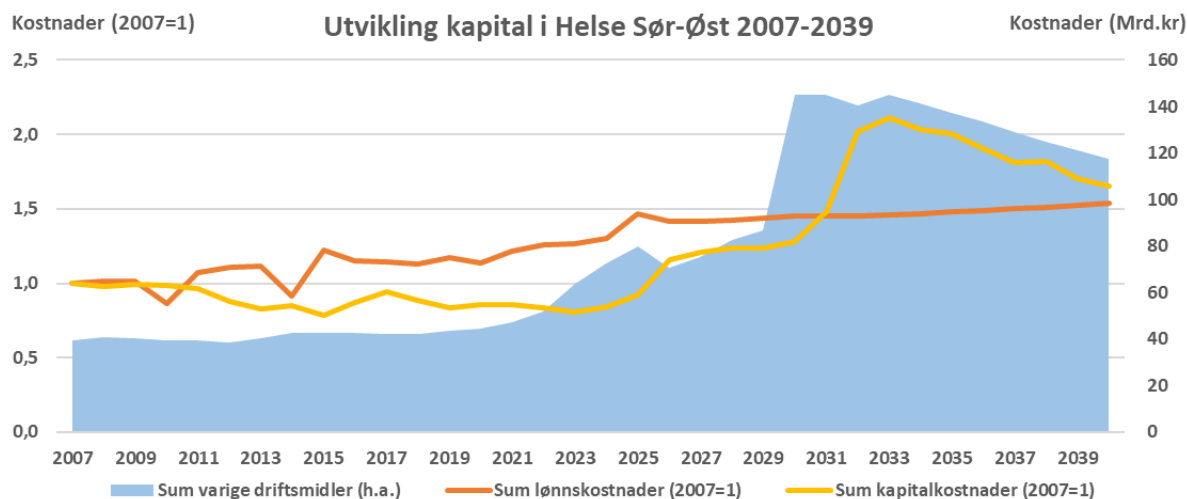
Samlet sett viser Figur 8 at det er en høyere driftsmargin i planperioden i helseforetakenes innspill i år enn i økonomisk langtidsplan 2026-2029, altså sammenfallende med resultatambisjonene. Det er driftsresultatet (EBITDA) som skal finansiere kapitalkostnadene, i form av renter og avskrivning.



Figur 8 Driftsresultat (EBITDA) for foretaksgruppen (venstre akse), samt EBITDA-margen (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2027-2030 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029 (2026-kroner) Historiske tall til 2025 er i løpende kroneverdi. Alle tall fra 2026 er reel 2026-kroneverdi. Økonomisk langtidsplan 2026-2029 innarbeidet estimat for 2025. Økonomisk langtidsplan 2027-2030 har innarbeidet faktisk 2025. Faktiske tall er vist i gråtone.

Figur 9 viser utviklingen i sum lønnskostnader, kapitalkostnader (renter og avskrivninger) og balanseførte varige driftsmidler for Helse Sør-Øst i perioden 2007–2040. jf. innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030. Tallstørrelsene for lønn og kapitalkostnader er prisjustert til 2026-kroner med statsbudsjettets deflator. Framstillingen viser at samlede

lønnskostnader har vokst mer enn kapitalkostnader siden Helse Sør-Øst ble etablert, men at dette vil endre seg fra 2031, da det er ventet en høyere vekst i kapitalkostnader som følge av ferdigstillelse av investeringsprosjekter og økt rentenivå.



Figur 9 Sum lønnskostnader og sum kapitalkostnader (2007=1), samt varige driftsmidler i foretaksgruppen Helse Sør-Øst 2007-2040, jfr. innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 (faktiske tall 2007-2025, estimat 2026, innspill økonomisk langtidsplan 2027-2040).

2.2. Helseforetakenes innspill – investering: bygg, IKT og MTU

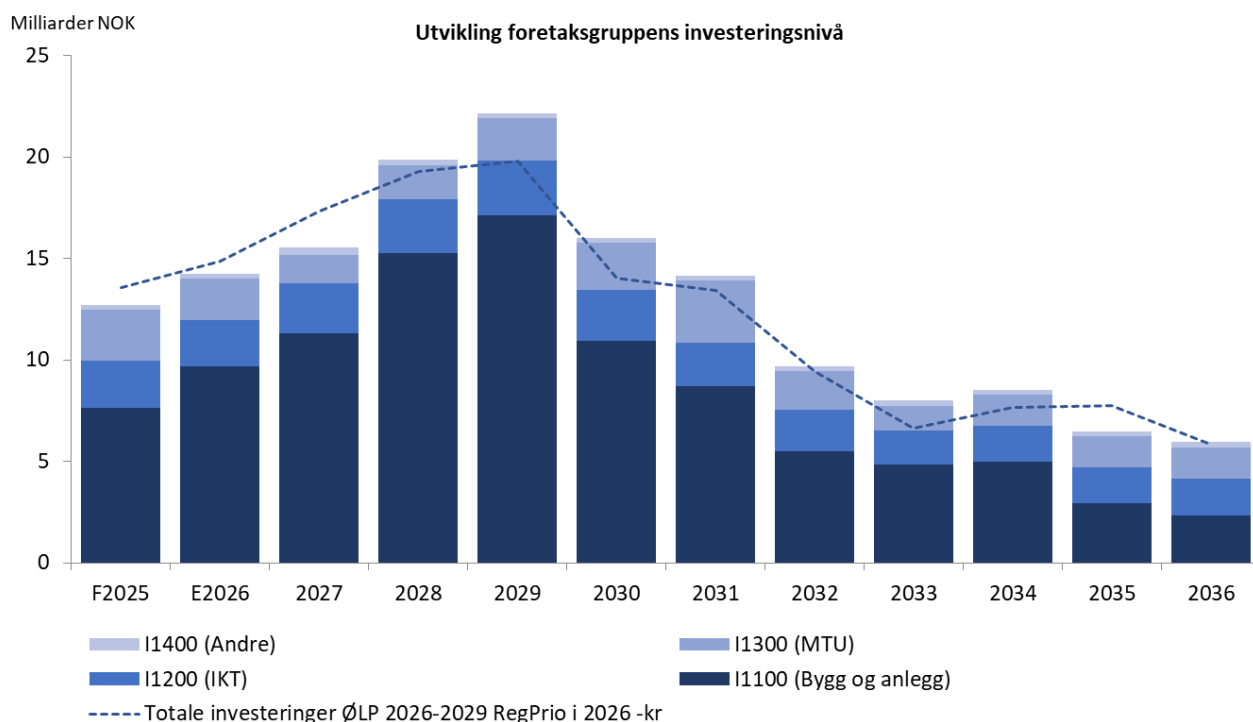
Samlet investeringsnivå i økonomisk langtidsplan

Helseforetakene skal i tråd med planforutsetningene legge til rette for at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Det skal også tilrettelegges for investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for å modernisere og fornye utstyrsparken, økt satsing på IKT, samt økt nivå på investeringer i bygningsmessig vedlikehold.

Siden økonomisk langtidsplan utarbeides i faste priser, kan det være relevant å innarbeide realprisjustering av framtidig investeringspådrag i byggeprosjekter dersom prognoser tilsier en vesentlig ulik vekst i byggekostnader sammenlignet med forventet lønns- og prisstigning uttrykt ved deflator. I år som i fjor er det ikke innarbeidet noen realprisjustering av fremtidige investeringspådrag i de regionalt prioriterte byggeprosjektene. Prognoserapport mottatt fra WSP Norge AS den 9. mars 2026 indikerer en vekst i sykehusindeksen (Helse Sør-Østs indeks for prisvekst i byggekostnader for sykehusbygg basert på SSBs byggekostnadsindekser) på 3,5 prosent for 2026, deretter henholdsvis 3,0 prosent og 2,9 prosent for årene 2027 og 2028. Dette er på om lag samme nivå som en forventet deflator basert på SSB og Norges Banks prognoser for lønns- og prisvekst. Basert på dette er det vurdert at det ikke er grunnlag for å realprisjustere investeringspådragene i økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Summen av investeringsnivået i innspillene til årets langtidsplan er høyere enn etter regionale prioriteringer i styresak 073-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026–2029*. Figur 10 viser samlet investeringsnivå fra helseforetakenes innspill fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer. Økningen i investeringsnivået er på om lag

10,3 milliarder kroner fram til 2036. Innspill til investeringer i planperioden ligger samlet på 73,8 milliarder kroner i 2027-2030 (67,9 milliarder kroner i sak 073-2025), og i perioden 2027-2036 er det spilt inn et samlet investeringsnivå på 127,1 milliarder kroner (116,9 milliarder kroner i sak 073-2025). Basert på innspillene reduseres det årlige investeringsnivået etter 2031/32 som følge av at store investeringsprosjekter gradvis ferdigstilles. Styret vil få seg forelagt en samlet vurdering og forslag til prioritering av de innmeldte investeringsprosjektene i styresaken til møtet 18. juni.



Figur 10 Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen basert på helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 fordelt på investeringskategori sammenlignet med fjorårets langtidsplan etter regional prioritering (stiplet linje) (tall i milliarder kroner, 2026-kroner)). Linjen fra fjorårets langtidsplan er justert iht. at leieavtalen for Livsvitenskapsbygget er regnskapsmessig klassifisert som operasjonell.

Helseforetakene har ikke gitt innspill på nye regionalt finansierte prosjekter i årets langtidsplan. Endringene for de store prosjektene skyldes endret periodisering og indeksregulering, samt mindre justeringer i styringsrammene. Den totale økningen på 10,3 milliarder kroner i investeringer for årene 2027-2036 består av:

- Indeksregulering av regionale byggeprosjekter utgjør 3,3 milliarder kroner.
- Enkelte prosjekter i helseforetakenes innspill har økning utover indeksregulering på totalt 0,3 milliarder kroner gjennom vedtak av nye styringsrammer eller endrede planleggingsrammer sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.
 - Mjøssykehuset: fastsatt styringsramme lavere enn P50-estimat fra konseptfasen (-727 millioner kroner), jf. styrevedtak i sak 140-2025
 - Sykehuset Innlandet HF – oppstart forprosjekt videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.
 - Etappe 2 ved Oslo universitetssykehus HF: gjennomsnitt av investeringsestimat fra prosjektinnramming (+285 millioner kroner), jf.

omtale i styresak 141-2025 *Oslo universitetssykehus HF – oppstart konseptfase etappe 2.*

- Samlet byggekostnad for trinn 1-3 ved Sykehuset Telemark HF: 370 millioner kroner utover prisregulert styringsramme som følge av utredede totale prosjektkostnader, jf. orientering i styresak 081-2024 *Sykehuset Telemark HF – forprosjektrapport utbygging somatikk Skien, trinn 1 – akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium.*
- Akershus universitetssykehus HF, KSB T2: kvalitetssikring av investeringsestimater mot virksomhetsinnhold i konseptfasens steg 2 for trinn 0+ (+280 millioner kroner), jf. sak 144-2024 *Akershus universitetssykehus HF – konseptfase for kreft- og somatikkbygg, trinn 0+.*
- IKT-prosjekter utover IKT i nye sykehusbygg øker med 0,7 milliarder kroner, hvorav prisregulering utgjør 0,3 milliarder kroner. Lokale IKT-investeringer driver økningen.
- Effekten av endret periodisering, hovedsakelig forsinkelser i prosjekter i gjennomføringsfasen i årene 2025 og 2026 som fordeles ut i perioden 2027-2031, gir økte investeringer på 2,7 milliarder kroner.
- Lokale prosjekter i regi av helseforetakene er økt nominelt med om lag 3,3 milliarder kroner i 2027-2036, og utgjør samlet 28,1 milliarder kroner. En prisregulering av fjorårets forutsetninger, tilsier en reell økning av investeringsnivå i samme periode på 2,6 milliarder kroner.
- Fratrullet prisregulering og periodisering er reell økning om lag 3,3 milliarder kroner fra økonomisk langtidsplan 2026-2029 for årene 2027-2036.

Store byggeprosjekter

Helseforetakene har i sine innspill innarbeidet regionalt prioriterte byggeprosjekter i tråd med planforutsetningene. Ingen helseforetak har innarbeidet andre større prosjekter som ikke inngikk i den regionale prioriteringen i forrige økonomiske langtidsplan. Fellesbygget er et nytt administrasjonsbygg ved Akershus universitetssykehus HF. I fjorårets økonomiske langtidsplan inngikk prosjektet som en del av kreft- og somatikkbygg trinn 2, men er nå skilt ut som eget prosjekt med fremskyndet oppstart og ferdigstillelse. Helseforetaket begrunner utskillingen med behov for å sanere bygg som i dag drives på midlertidige brukstillatelser. Sanering av disse byggene er en forutsetning for å frigjøre nødvendige arealer til byggetrinn 2 av kreft- og somatikkbygg.

Helseforetak	Regionalt prioritert prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt)	Styringsramme (P50) i 2026-kr, mrd. kroner	Gjennomføringsfase		Finansiering, fase per mai 2026
			Oppstart	Tas i bruk	
Akershus universitets-sykehus HF	Fellesbygget*	0,6	2028	2032	Pre-prosjektinnramming
	Rehabilitering av Kongsvinger sykehus*	2,6	2027	2034	Regional, pre-prosjektinnramming
	Somatikkbygg (KSB T0+)	1,8	2025	2030	Regional, forprosjektfase
	KSB Trinn 1 Strålebygg*	0,9	2033	2037	Regional, avsluttet konseptfase
	KSB Trinn 1 Kunnskapsbygg*	0,6	2033	2037	Regional, avsluttet konseptfase
Oslo universitets-sykehus HF	KSB Trinn 2*	3,6	2033	2037	Regional, avsluttet konseptfase
	Nytt klinikkbygg og protonseneter Radiumhospitalet	6,0	2021	2025	Regional, gjennomføring
	Nye Aker og nye Rikshospitalet	47,1	2022	2031	Regional, gjennomføringsfase
	Livsvitenskapsbygget	1,5	2019	2027	MTU og IKT, gjennomføringsfase
Sonnaas sykehus HF	Etappe 2 for nye Oslo universitetssykehus*	7,6	2029	2034	Regional, konseptfase trinn 1
	Byggetrinn 3	0,6	2026	2029	Regional, forprosjekt
Sykehuset Innlandet HF	Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	19,7	2027	2032	Regional, forprosjekt
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 2	0,7	2026	2028	Regional, forprosjekt
Sykehuset Østfold HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 3	0,4	2027	2029	Regional, forprosjekt
Sørlandet sykehus HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	4,6	2027	2030	Regional, forprosjekt
	Kontorlokaler Kalnes	0,0**	2026	2026	Regional, Forprosjekt
Sykehuset i Vestfold HF	Akuttbygg Kristiansand	1,9	2026	2029	Regional, gjennomføringsfase
	Kapasitets- og funksjonstilpasning bygg*	6,8	2031	2046	Regional, pre-prosjektinnramming
Vestre Viken HF	P-ULS*	0,9	2027	2030	Regional, konseptfase
	Parkeringshus NSD	0,0**	2029	2030	Regional, konseptfase

Tabell 8 Prosjekter innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2027-2030. *Styringsramme fastsettes i konseptfase, steg 2.

**Ikke oppgitt beløp av hensyn til forhandlingssituasjon - unntatt offentlighet

I noen av helseforetakenes innspill er det omtalt større investeringsprosjekter som ikke formelt har startet opp tidligfasearbeidet. Disse investeringsprosjektene er både knyttet til rehabilitering, modernisering og fornyelse av eksisterende bygningsmasse og til kapasitetsbehov.

IKT-Investeringer

Totale årlige IKT-investeringer er i innspill til økonomisk langtidsplan økende fra om lag 2,4 milliarder kroner i 2027 til 2,5 milliarder kroner i 2030, se Tabell 9. Sammenliknet med planforutsetningene i styresak 032-2026 er det ingen endring.

IKT-investeringene i Sykehuspartner HF utgjør om lag 1,6 milliarder kroner årlig i planperioden. Med bakgrunn i Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst og den regionale delstrategien for teknologi (styresak 032-2023), kan det være aktuelt å omprioritere rammen mellom de ulike investeringsporteføljene i Sykehuspartner HF. Dette vurderes første gang i forbindelse med budsjett 2027.

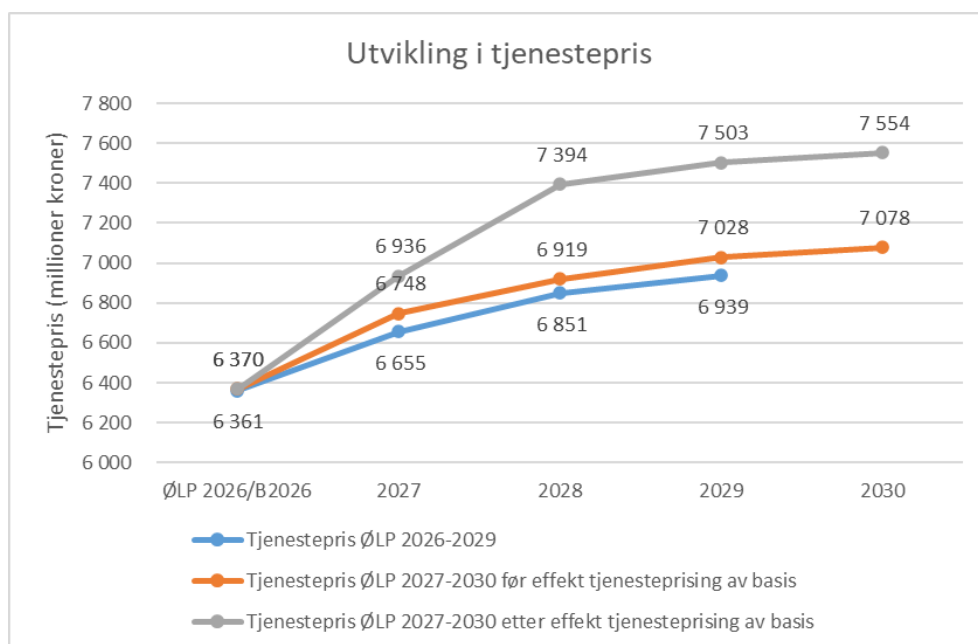
IKT-området investering Millioner kroner	F2025	B2026	Økonomisk langtidsplan 2027-2030			
			2027	2028	2029	2030
IKT utvikling Sykehuspartner	1285	1129	960	877	880	897
Sikker og stabil drift	199	233	240	252	241	240
Forvaltning av kundetjenestene	1	3	3	3	3	3
Utstyrsforvaltning	243	225	225	230	230	230
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	102	218	225	216	222	242
Sum Sykehuspartner HF	1 830	1 808	1 654	1 577	1 576	1 612
Ikke-bygg nær IKT	436	436	469	528	796	593
Bygg nær IKT Sykehuspartner HF			248	352	442	273
Sum bygg IKT	436	436	716	880	1238	866
Interregionale samfinansierte prosjekter		15	0	0	0	0
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	24	17	0	0	0	0
Sum IKT-investeringer	2 290	2 276	2 370	2 458	2 814	2 478

Tabell 9 Utvikling i investeringer innen IKT-området basert på Sykehuspartner HF's innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 (tall i millioner kroner). Faktisk 2025 er i 2025-kroner. Perioden 2026-2030 er i 2026-kroner.

Investeringer, driftskostnader og gevinstrealisering innen IKT

Satsingen innen IKT-området stiller krav til effektiv ressursbruk, god organisering, involvering av kliniske fagmiljøer og riktige prioriteringer for å kunne realisere forventede gevinster og effekter. Alle prosjektene inkluderer gevinstrealiseringsplaner som anslår gevinstpotensial i Sykehuspartner HF og helseforetakene. I planperioden er det mange IKT-løsninger som skal tas i bruk, og tjenestepreisen vil øke i henhold til Figur 11 under. Økningen skyldes i stor grad endret finansiering av driftskostnadene i prosjektporteføljene i henhold til styresak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 –planforutsetninger*. Samtidig dempes kostnadsutviklingen noe av reduserte utgifter til periferi og viderefakturerings, som følge av lavere etterspørsel fra helseforetakene knyttet til rollemobil og møteromsutstyr. Gjenstående økning tilskrives økte finanskostnader.

Det påligger Sykehuspartner HF et ansvar for kontinuerlig å omstille driften for å kunne drifte, forvalte og videreutvikle systemene på en god og mest mulig effektiv måte. Sykehuspartner HF skal utarbeide planer for, og gjennom planperioden dokumentere, realiserede stordriftsfordeler og kostnadseffektivitet. Helseforetakene har ansvar for å ta i bruk de ulike løsningene som forutsatt og bidra til å realisere ambisjonene som ligger til grunn for gevinstrealiseringsplanene, herunder sanering av gamle løsninger.



Figur 11 Utvikling i tjenestepreis 2027-2030 sammenlignet med indeksregulert ØLP 2026-2029 (2026-kroner)

Bygningsmessig vedlikehold

Det pågår et systematisk arbeid for å videreutvikle planleggingen og styringen av vedlikehold av eiendomsmassen i foretaksgruppen. I årets økonomiske langtidsplan er rapporteringen mer detaljert enn tidligere år, både når det gjelder arealgrunnlag, fordeling mellom eide og leide lokaler, samt kostnader knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygningsmassen.

Dette er i tråd med føringene i sak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 - planforutsetninger*, der det ble lagt til grunn at *Helseforetakene skal synliggjøre både vedlikeholds- og utviklingsbudsjettet i økonomisk langtidsplan, og arealforvaltningen skal baseres på oppdaterte vurderinger av arealbehov, vedlikehold, kapasitetsutvikling og eventuelle planlagte avhendinger. Årlige prosesser og dialog med klinikkene skal bidra til at utviklingsplaner og langsiktige arealstrategier ligger til grunn for prioriteringer og beslutninger.*

I tråd med sak 116-2025 *Vedlikehold i sykehusbygg* følger helseforetakene opp styrets vedtak om å styrke vedlikeholdet og etablere et mer helhetlig og systematisk opplegg for styring av vedlikehold. Det er etablert en regional arbeidsgruppe som arbeider med anbefalinger om prinsipper for prioritering, styringsinformasjon og beslutningsgrunnlag for vedlikehold.

Foretaksgruppen forvalter en eid bygningsmasse på om lag 2,6 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). I planperioden er det både planlagt å ta i bruk nye bygg og avhende eldre, lite funksjonell bygningsmasse. Utover dette leier helseforetaksgruppen til sammen 422 000 kvadratmeter areal som i hovedsak planlegges videreført i planperioden.

De samlede regnskapsmessige verdiene av eiendomsmassen (bygninger, tomter og boliger) er 52,8 milliarder kroner ved utløpet av 2025. I tillegg kommer byggeprosjektene med en bokført verdi som anlegg under utførelse på 16,1 milliarder kroner. Funksjonelle bygg og en

effektiv eiendomsforvaltning er viktige faktorer for å kunne drive god pasientbehandling og tilby gode helsetjenester, samt tilby gode arbeidsforhold for våre ansatte. Videre må forvaltning, drift, utvikling og vedlikehold av eiendommene bidra til god ressursutnyttelse. De planlagte regionale byggeprosjektene vil innebære at om lag 25 prosent av bygningsmassen fornyes fram mot 2032.

Det er fortsatt store behov for vedlikehold og tilpasninger av bygninger knyttet til endrede behov i pasientbehandlingen. Som påpekt i sak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen* har det over tid vært avsatt for lite vedlikeholdsmidler til behov i bygningsmassen. Vedlikeholdsnivået har økt de senere årene, og i planperioden legger helseforetakene til rette for et ytterligere økende vedlikeholdsbudsjett, med videre vekst etter 2030.

Innspillene fra helseforetakene viser at forutsetningene om et gjennomsnittlig vedlikeholdsnivå på minst 410 kroner per kvadratmeter ivaretas over planperioden. Nivået er samlet sett høyere enn i både tidligere langtidsplaner og budsjettet for 2026, og viser en gradvis økning mot slutten av planperioden og etter 2030.

Helseforetak	Vedlikehold og utskifting kr/kvm per år				
	B2026	2027	2028	2029	2030
Akershus universitetssykehus HF	633	677	750	790	793
Oslo universitetssykehus HF	308	226	229	195	179
Sunnaas sykehus HF	324	394	394	394	489
Sykehuset i Vestfold HF	319	345	376	402	402
Sykehuset Innlandet HF	378	430	498	517	577
Sykehuset Telemark HF	517	305	389	365	425
Sykehuset Østfold HF	641	610	665	665	668
Sørlandet sykehus HF	512	542	500	458	449
Vestre Viken HF	662	445	445	460	479
Vektet gjennomsnitt ekskl OUS HF	522	487	512	527	549
Krav til gjennomsnittlig minimumsnivå	410	410	410	410	410
Vektet gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	448	389	415	410	419

Tabell 10 Vedlikehold i helseforetakene 2026-2030, innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030 (2026-kroner)

Medisinsk-teknisk utstyr

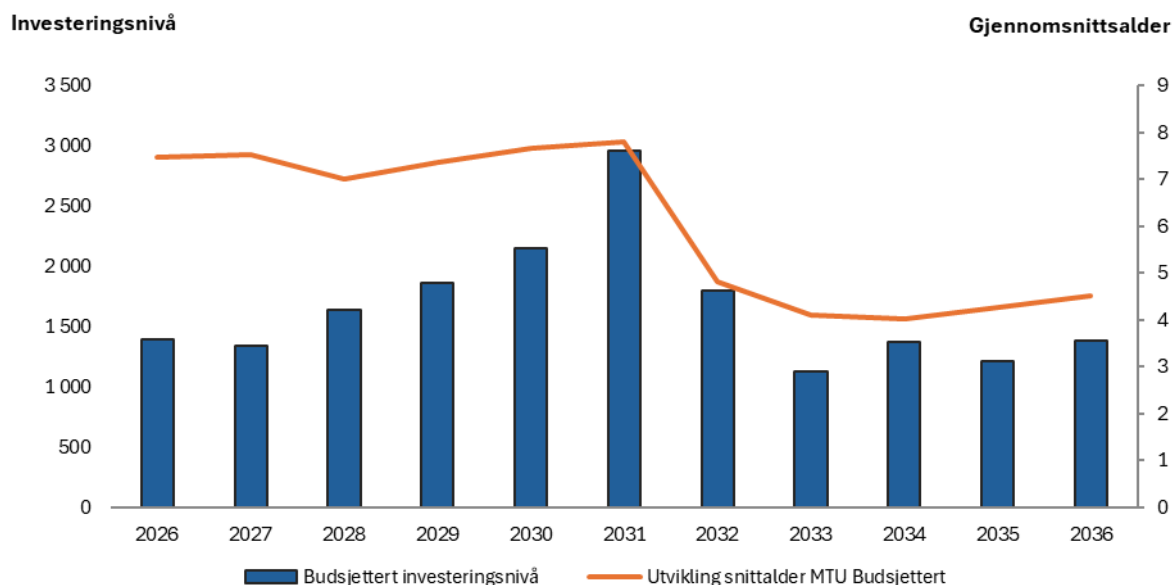
Verdivektet gjennomsnittlig alder var 7,5 år 1. januar 2026 med en reduksjon på under 0,1 år sammenlignet med fjoråret. Tabell 11 viser utvikling i verdivektet alder for medisinsk teknisk utstyr for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Siden 2022 har den gjennomsnittlige verdivektete alderen økt med 0,7 år.

Verdivektet alder medisinsk teknisk utstyr	Anskaffelses-kostnad	2023	2024	2025	2026	Endring 2025-2026
Akershus universitetssykehus HF	1 337	6,8	6,9	7	6,9	-0,1 år
Oslo universitetssykehus HF	4 879	7,7	7,8	7,6	8	0,4 år
Sørlandet sykehus HF	1 056	7,2	6,7	7,1	7,6	0,5 år
Sykehuset i Vestfold HF	1 008	8,4	8,2	8,1	8,6	0,5 år
Sykehuset Telemark HF	634	6,6	6,7	6,7	7	0,3 år
Sunnaas sykehus HF	27	9,5	7,3	8,5	10,3	1,8 år
Sykehuset Innlandet HF	1 521	7,9	8,5	7,9	8	0,1 år
Sykehuset Østfold HF	1 135	7,8	8,4	8,6	6,9	-1,7 år
Vestre Viken HF	1 986	6,4	6,4	6,4	4	-2,4 år
Vektet gjennomsnitt HSØ	13 584	6,8 år	7,4 år	7,5 år	7,5 år	-0,1 år

Tabell 11 Verdivektet alder medisinsk teknisk utstyr for helseforetak for årene 2022-2026. Tallene er innrapportert basert på inngående balanse (01. januar) utstyrspark. Merk: Sunnaas sykehus HF justerte i fjor ut utstyr som fortsatt lå inne i systemet ved rapportering av inngående balanse for 2026. Det rapporterte tallet er derfor for høyt.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at helseforetakene planlegger med et samlet investeringsnivå på 8,1 milliarder kroner til medisinsk-teknisk utstyr i perioden 2026–2030, mot 6,8 milliarder kroner (prisjustert til juni-2026 kr) i fjorårets økonomiske langtidsplan. Det vil bidra til å redusere alderen på utstyrsparken i planperioden, før alderen øker igjen mot siste del av perioden. Det budsjetteres relativt lik gjennomsnittlig alder på utstyret i planperioden, men med en effekt blant annet som en følge av prosjekt i ferdigstillelse som Livsvitenskapsbygget reduserer alder noe før den stiger tilbake mot slutten planperioden. Alder per 1. januar 2026 er påvirket av at både protonsentret ved Radiumhospitalet og nytt sykehus i Drammen er tatt i bruk.

Figur 12 viser utvikling i verdivektet gjennomsnittsalder slik helseforetakene har planlagt i økonomisk langtidsplan 2027–2030. I perioden etter år 2030 er flere større byggeprosjekter planlagt ferdigstilt, slik som Nye Aker og Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus HF og Mjøssykehuset ved Sykehuset Innlandet HF. Disse prosjektene vil bidra til en betydelig reduksjon i gjennomsnittlig alder på utstyrsparken i Helse Sør-Øst.



Figur 12 Investeringsnivå medisinsk teknisk utstyr (MTU) i millioner kroner (stolpe og venstre akse) og verdivektet gjennomsnittsalder (år) målt pr enhet (kurve og høyre akse). Verdivektet gjennomsnittsalder i grafer beregnet starter 01.01.2026 og er basert på utgående balanse foregående år.

Økonomisk handlingsrom for foretaksgruppen: Bæreevne, likviditet og risiko

Helseforetakene og foretaksgruppen samlet skal i tråd med planforutsetningene legge realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling til grunn og påpeke nødvendige tiltak. Det økonomiske handlingsrommet setter rammer for hvor store investeringsprosjekter som kan gjennomføres, og tidspunkt for gjennomføringen. Det regionale helseforetaket forvalter handlingsrommet i dialog med helseforetakene. I langtidsplanleggingen etableres et hensiktsmessig nivå på investeringer sett opp mot mulighetsrommet skapt av driftseffektivisering og rammebetingelser ellers. Økonomisk langtidsplan utformes derfor på bakgrunn av en kombinasjon av helseforetakenes innspill og regional prioritering.

Det økonomiske handlingsrommet for foretaksgruppen påvirkes av utviklingen i driftsresultater, likviditet og kapitalkostnader. Investeringsnivået er høyt i planperioden. Store investeringer krever tett oppfølging og kontroll, noe det legges til rette for i planlegging og gjennomføring av prosjektene. Det legges til grunn at prosjektene gjennomføres innenfor styringsrammen. Det gjøres sensitivitetsanalyser for vesentlige risikoforhold, og det settes av resultat- og investeringsbuffer for å kunne håndtere eventuelle avvik fra planen.

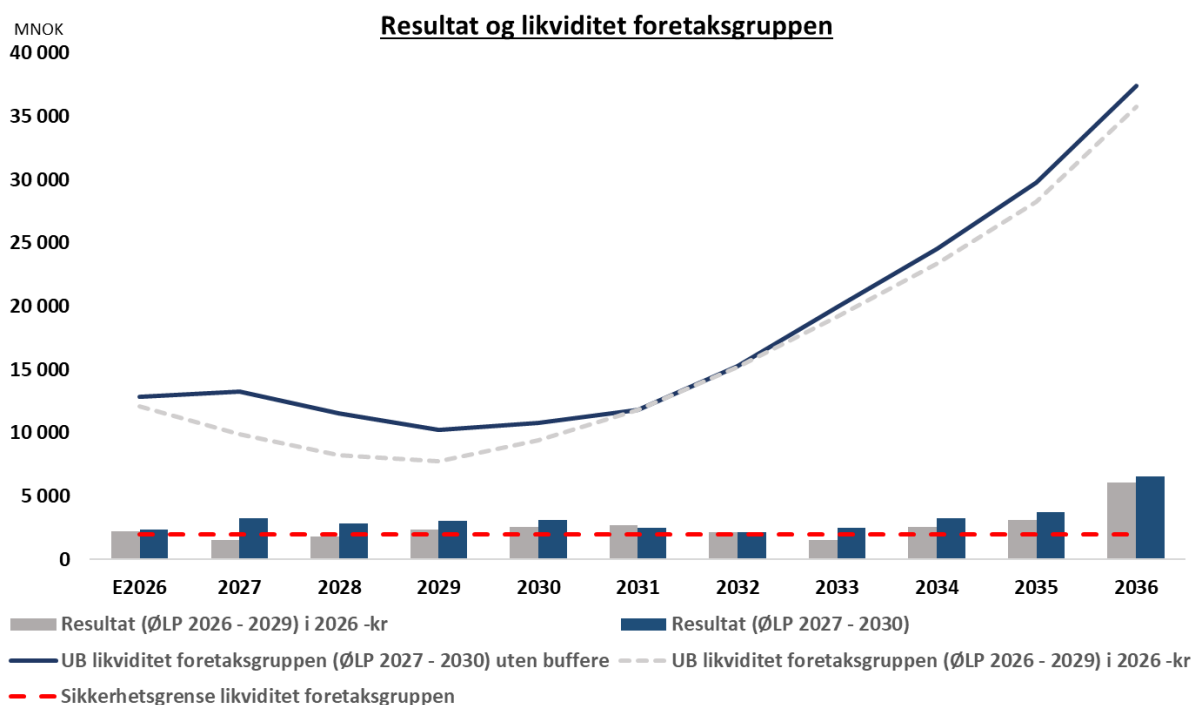
Foretaksgruppens bæreevne bygger på en gradvis forbedring i driftsresultatene gjennom perioden. Summen av helseforetakenes innspill viser høyere resultatambisjoner sammenlignet med forrige langtidsplan, og foretaksgruppen oppnår målsettingen om en resultatgrad over 2,5 prosent i 2029 og 2030 – før den etter planperioden igjen reduseres. Tilsvarende legger helseforetakene opp til et økende driftsresultat og EBITDA-margin i sine innspill til langtidsplanen, på et høyere nivå enn i forrige langtidsplan.

Bæreevne basert på innspill fra helseforetak

Likviditetssituasjonen i perioden vurderes som god, men den kan endres dersom faktisk utvikling avviker fra det helseforetakene har lagt til grunn i sine innspill. Helseforetakenes

planlagte resultater de første årene i perioden øker likviditetsnivået videre i planperioden sammenlignet med fjorårets langtidsplan. Dette gir rom for å håndtere planlagte investeringer. Figur 13 viser summen av helseforetakenes innspill for regionen (blå linje/blå søyler) sett mot forrige økonomiske langtidsplan etter regionale prioriteringer vedtatt i sak 073-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2029. Figuren legger til grunn at resultat-, investerings- og lånebufferne anvendes i planperioden.

Estimert likviditetsreserve ved inngangen til 2027 på 12,7 milliarder kroner er om lag 1,1 milliarder kroner høyere enn i økonomisk langtidsplan 2026-2029. Dette utgjør om lag 10 prosent av anslåtte inntekter i 2027. Endringene skyldes høyere årsresultat eksklusive gevinst salg eiendom i 2025 (+0,8 milliarder kroner) og i estimat for 2026 (+1,3 milliarder kroner), senere oppgjør fra salg eiendom enn forutsatt i fjorårets langtidsplan (-1,5 milliarder kroner), lavere investeringsnivå enn planlagt (+1,1 milliarder kroner), økt låneopptak (+0,4 milliarder kroner), og nettoeffekten av andre forhold inkludert effekter fra pensjon (-1,0 milliard kroner).



Figur 13 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2027-2030 basert på innspill fra helseforetakene sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029 (tall i millioner 2026-kroner). Likviditetsmessig sikkerhetsgrense er to milliarder kroner, ref. sak 032-2026 Økonomisk langtidsplan 2027-2030 planforutsetninger. Figuren legger til grunn at de vedtatte resultat-, investerings- og lånebufferne anvendes i planperioden.

Likviditeten reduseres fram mot i 2029, hvor det anslås en likviditetsbeholdning på 10,2 milliarder kroner. Sammenlignet med forrige langtidsplan er dette en forbedring på 2,5 milliarder kroner. Ved utløpet av planperioden, i 2030, er akkumulert økning lavere med 1,4 milliarder kroner. Økningen fram mot 2030 skyldes som omtalt ovenfor økt estimert inngående likviditetsbeholdning i 2027 på 1,1 milliarder kroner, forbedret driftsresultat (EBITDA) i planperioden på 2,3 milliarder kroner, bedret netto finansresultat som følge av

lavere gjeldsbelastning (bl.a. pensjonseffekter og redusert driftskreditt) med 1,3 milliarder kroner og endrede forutsetninger for oppgjør ved salg av eiendommer med 1,5 milliarder kroner. Videre medfører justert periodisering av prosjektenes investeringspådrag og indeksregulering mm. redusert likviditet på 6,0 milliarder kroner, mens låneopptak og andre effekter på forbedrer likviditeten med 1,2 milliarder kroner.

Etter 2030 styrkes likviditeten da helseforetakene har lagt til grunn gevinster av nye bygg og effektiviseringstiltak, samtidig som det budsjetterte investeringsnivået er lavere. I hele perioden ligger likviditeten over fastsatt nedre sikkerhetsgrense på to milliarder kroner, men det er risiko knyttet til gjennomføringen av byggeprosjekter, utviklingen i driftskostnader og økonomiske resultater inkludert risiko for avvik i gevinstrealiseringsplanene, jf. omtale av risiko i eget avsnitt nedenfor. Det innebærer at:

- rommet for å håndtere uforutsette kostnader er begrenset,
- samtidige negative avvik kan få stor betydning, og
- nye initiativer må vurderes strengt opp mot tilgjengelig likviditet.

I tråd med sak 032-2026 *Økonomisk langtidsplan 2027-2030 - planforutsetninger* er det lagt til grunn en regional resultatbuffer og en investeringsbuffer. Bufferne bidrar til å håndtere normal usikkerhet i drift og investering. Bufferne er imidlertid ikke dimensjonert for å dekke varige ubalanser. Dersom svakere resultater eller høyere investeringsnivå vedvarer, må tiltak iverksettes.

Regionen har et omfattende vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen som bare delvis løses av de store investeringene fram mot 2032. Å øke midlene til vedlikehold – som i hovedsak er en driftspost (løpende kostnad) er et alternativ for å bidra til å opprettholde teknisk tilstandsgrad i bygningsmassen. Det pågår et arbeid i foretaksgruppen for å styrke rammeverket for bygningsmessig vedlikehold, og helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan er avstemt mot dette arbeidet. En følge er at det legges til rette for høyere vedlikeholdskostnader sammenlignet med fjorårets langtidsplan.

Oppsummert viser innspillene fra helseforetakene at det i perioden 2027–2030 og i de påfølgende årene ligger til rette for et økonomisk handlingsrom for å gjennomføre allerede prioriterte investeringer og andre prioriterte tiltak. Dersom forutsetningene imidlertid ikke oppfylles, kan det bli nødvendig å justere investeringsnivå eller tidsplan i senere rullinger av langtidsplanen.

Rammebetingelser og forutsetninger for handlingsrommet i økonomisk langtidsplan

Gjennom etablerte modeller fordeles midlene til prioriterte prosjekter eller satsingsområder:

- Den regionale lånemodellen for investeringer gjør at regionen kan gjennomføre større byggeprosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar modellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger.
- Helseforetakene må bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak.
- Helseforetakene har anledning til å inngå avtaler med finansiell leie, men oppad begrenset til 0,2 prosent av årlig inntekt. Det gjøres enkelte unntak fra

begrensningen, som for eksempel samarbeidet om Storbylegevakten med Oslo kommune der Oslo universitetssykehus HF inngår leiekontrakt.

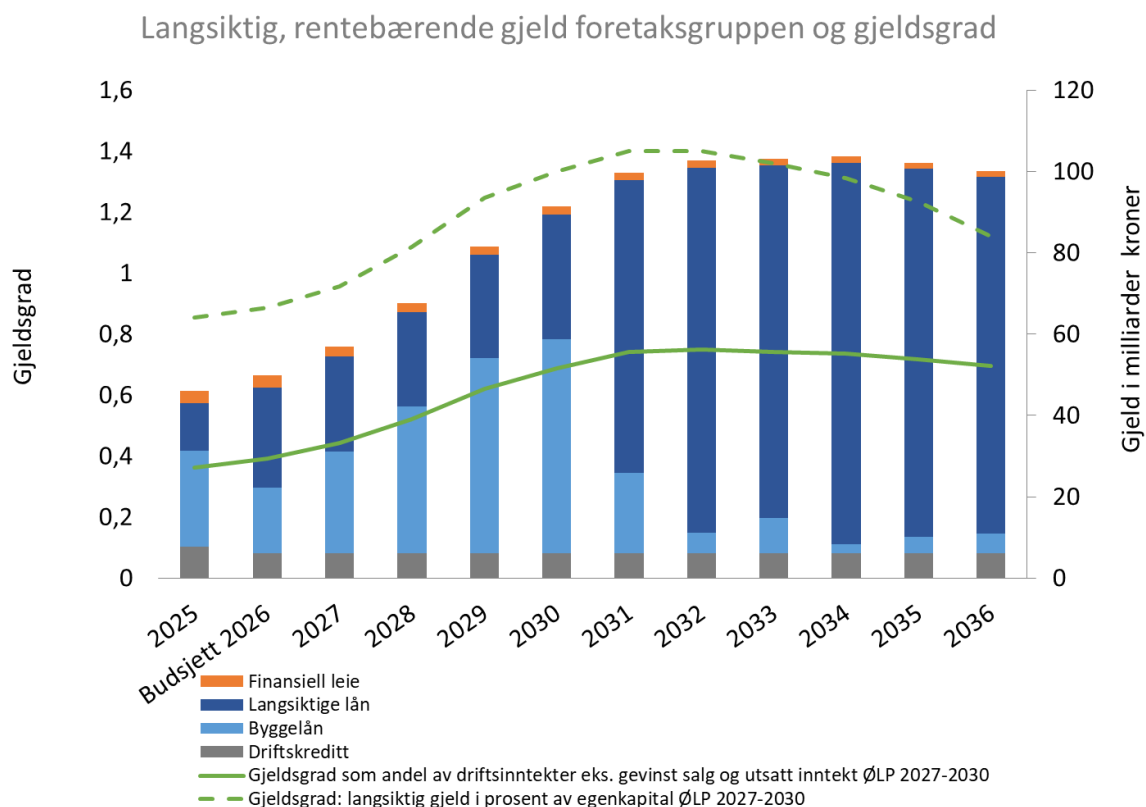
Utvikling i foretaksgruppens gjeld

Rentebærende gjeld består av byggelån og nedbetalingslån knyttet til byggeprosjektene, samt driftskreditt og finansiell leie. Finansieringen av foretaksgruppens byggeprosjekter øker rentebærende gjeld (byggelån og langsiktige lån) de kommende årene. Endringer i driftskreditt skjer som følge av utvikling av forskjell mellom pensjonskostnad- og premie. I økonomisk langtidsplan legges det til grunn uendret driftskreditt i planperioden, men det er heftet usikkerhet knyttet til både utviklingen av pensjonskostnad- og premie og Helse- og omsorgsdepartementets budsjettpraksis på dette området, jf. forslag til revidert nasjonalbudsjett 2026 og omtale tidligere. Gjeldsgrad kan både defineres som gjeld som andel av inntekter eller som andel av egenkapital.

Økende gjeldsgrad indikerer at helseforetakene må sette av mer midler til gjeldsbetjening de kommende årene. Etter 2033 forventes lavere investeringsaktivitet og avdrag vil overstige opptak av nye byggelån, samtidig som foretaksgruppen har et relativt høyt budsjettert resultatnivå i denne perioden. Dette vil redusere gjeldsgraden.

Gjeldsgrad (utenom pensjonsforpliktelser) som andel av driftsinntekter (eksklusive gevinst fra salg anleggsmidler og utsatt inntekt) øker fra 36 prosent i 2025 til 44 prosent i 2027 og videre til 75 prosent i 2032. Målt mot egenkapital øker gjeldsgraden fra 85 prosent i 2025 via 96 prosent i 2027 til 140 prosent i 2031 og 2032. Etter 2031/2032 reduseres gjeldsgraden (Figur 14).

Gjeldsgraden varierer mellom helseforetakene i gruppen, der helseforetak som har eller skal overta nye, store sykehusprosjekter får høy gjeldsgrad (mer enn tre ganger egenkapital). Helseforetak med økt gjeldsgrad etter utbygging er Vestre Viken HF fra 2025, Sykehuset Innlandet HF fra 2033, Oslo universitetssykehus HF fra 2031 og Sykehuset Østfold HF etter 2015-utbyggingen.



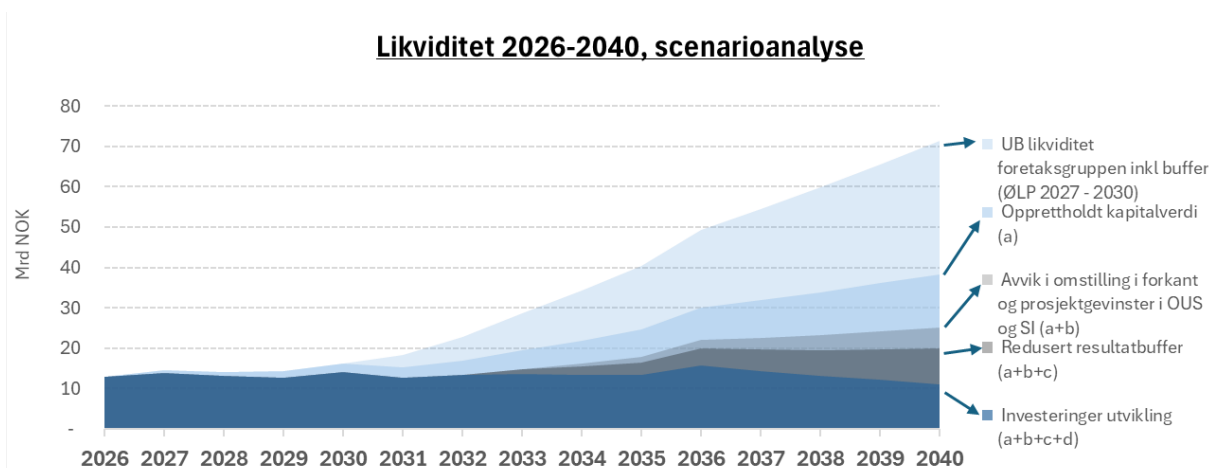
Figur 14 Rentebærende gjeld i foretaksgruppen i milliarder kroner, gjeldsgrad uttrykt som i) andel rentebærende gjeld (ekskl. driftskreditt) mot driftsinntekter (heltrukken grønn linje) og ii) rentebærende gjeld mot egenkapital for 2025-2036 (striplet grønn linje).

Kapitalmodeller og likviditetsutviklingen på lang sikt

I sak 073-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2029 ble det vist at ferdigstillelsen av de største investeringsprosjektene i Oslo og Innlandet etter 2031 og 2032 og salg av Ullevål vil gi økt handlingsrom for regionen i form av voksende likviditet, og at det etter hvert vil bli relevant å vurdere justering av styringsgrep knyttet til bufferoppbygging og den interne lånemodellen. Samtidig ble det gjennomført en scenarioanalyse for å belyse hvordan økt vedlikehold og investeringer til utvikling, reduserte buffere og lavere enn forutsatt gevinstuttak i forbindelse med de store prosjektene vil kunne påvirke likviditeten på lang sikt. Analysen tok utgangspunkt i at et vedlikeholds- og reinvesteringstillegg tilsvarende 1 000 kroner per kvadratmeter og 400 millioner kroner per år til medisinsk-teknisk utstyr samlet om lag 2,5 milliarder kroner fra 2031 ville redusere estimert likviditet i 2040 med 31 milliarder kroner. Medregnet effekter av lavere måloppnåelse i megaprojektene, redusert resultatbuffer og investeringer i utviklingstiltak, utgjorde samlet negativ effekt på likviditet i 2040 om lag 59 milliarder kroner.

Tilsvarende analyse er her gjennomført med samme forutsetninger og metodikk som i sak 073-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2026. Estimert likviditet i 2040 etter de samme scenariojusteringene utgjør om lag 11 milliarder kroner, om lag 2,5 milliarder kroner høyere enn tilsvarende estimat for 2040 i fjorårets analyse.

I styresaken i juni om økonomisk langtidsplan i juni vil analysen oppdateres med en gjennomgang av forutsetningene som ligger til grunn, herunder reinvesteringstakt i bygg.



Figur 15 Scenarier for likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan, inkl. buffere. Likviditetsframskrivningene er additiv, og ledetekst gjengir tillegg av ny effekt

Intern låneordning i Helse Sør-Øst

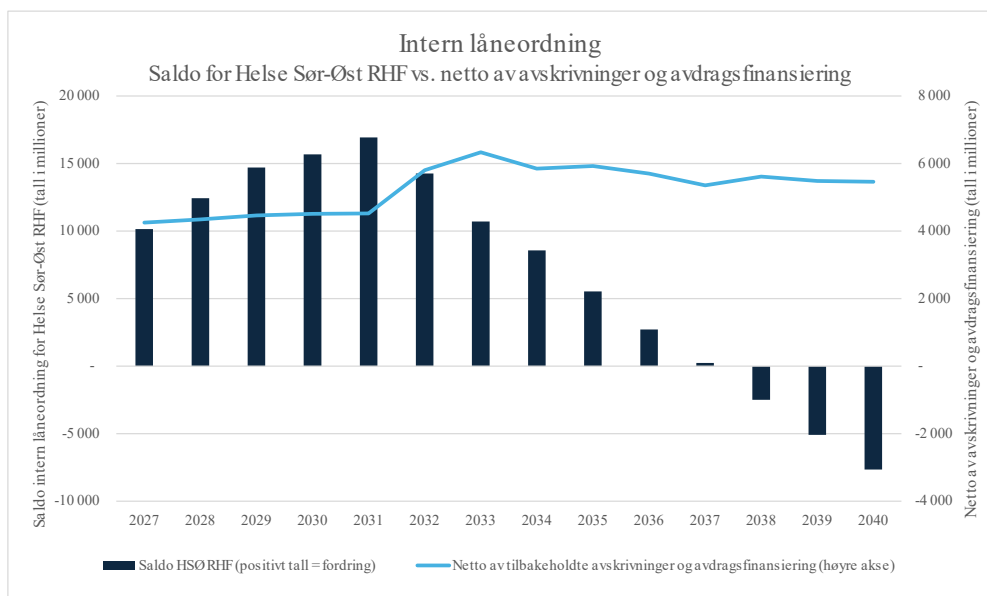
Når Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Sør-Øst RHF de årlige bevilgningene, følges alle inntekter av likviditet. Deler av foretaksgruppens kostnader, eksempelvis avskrivninger, er ikke-betalbare. Dette gir grunnlaget for etablering av en regional intern låneordning mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Helseforetakenes likviditet knyttet til ikke-betalbare kostnader holdes tilbake på regionalt nivå hvert år. Deretter vurderes behovet for likviditet til regionale og lokale formål, som godkjennes i de årlige budsjettprosessene. Helseforetakene får årlig tildelt likviditet for å finansiere de lokale investeringene som helseforetakene har ansvaret for, blant annet anskaffelser av medisinsk utstyr og bygningsmessig vedlikehold.

Gjennom denne låneordningen oppstår det over tid fordringer hos helseforetakene, på det regionale helseforetaket. Denne likviditeten som det regionale helseforetaket låner inn hvert år, benyttes til finansiering av foretaksgruppens regionalt felles prioriterte satsninger ved store byggeprosjekter, regionale IKT-prosjekter, eventuelle omstillingsbehov mm. Avdrag på langsiktige lån håndteres også innenfor ordningen.

Fordringen som bygges opp hos helseforetakene over tid, tilbakebetales til det enkelte helseforetaket når dette gjennomfører et regionalt prioritert byggeprosjekt. Det beregnes renter av helseforetakenes innskudd eller trekk gjennom denne låneordningen. Hvis et helseforetak har gjeld i den interne låneordningen, nedbetales dette ved at likviditet fra avskrivninger holdes tilbake.

Den interne låneordningen inkluderer også likviditet i Helse Sør-Øst RHF fra morselskapets positive resultater ved at disse midlene kan benyttes til saldering av låneordningen.



Figur 16 Intern låneordning - utvikling fra 2027-2040 for Helse Sør-Øst RHF's netto saldo av fordringer og gjeld, og netto av tilbakeholdte avskrivninger og avdragsfinansiering. Figuren viser løpende trekk på intern låneordning gjennom byggeperioden for nye Aker og Rikshospitalet.

2.3. Risiko i økonomisk langtidsplan 2027-2030

Risikobildet for perioden 2027–2030 er endret fra fjorårets økonomiske langtidsplan. Inngående likviditetsbeholdning er økt og realisert driftsresultat (EBITDA) for 2025 var høyere enn hva som lå til grunn i fjorårets langtidsplan. Samtidig har enkelte helseforetak forutsatt å effektivisere driften til samme nivå som forutsatt i fjor ved utgangen av 2030, fra et svakere utgangspunkt og med en raskere realisering av effekter. Det er videre en økt usikkerhet knyttet til makroøkonomiske forhold som renter og inflasjon.

De viktigste risikofaktorene er:

- Drift: Manglende effektivisering eller forsinket gevinstuttak kan svekke resultater og foretaksgruppens likviditet
- Investeringer: Kostnadsøkninger i store prosjekter kan gi betydelige negative utslag på likviditetsnivået
- Rente: Økt eller vedvarende høyt rentenivå gir høyere rentekostnader og lavere handlingsrom dersom dette overgår økningen i EBITDA fra deflator.
- Høye driftskredittrenter fra premieavvik pensjon

Etter 2031 har planene lavere detaljeringsgrad og usikkerheten i planen øker. Det er på lang sikt rom for å endre prioriteringene i retning av mer vedlikehold, opprusting av gamle bygg eller andre tiltak som krever investeringsevne – alternativt at det frigis mer midler til drift.

Utover tilgjengelig likviditet fremstilt i Figur 13 avsettes investerings- og resultatbuffer på regionalt nivå, samt lånefinansieringsbuffer for usikkerhetsavsetning (P85-estimat) for investeringsprosjekter med regionalt lån, vedtatt i perioden 2017-2024, se boks 2.

Buffere i økonomisk langtidsplan 2027-2030

Resultatbuffer - Det reserveres 700 millioner kroner årlig i det regionale helseforetaket som buffer for framtidig resultatoppnåelse for å kunne håndtere økte kapitalkostnader og eventuelt behov for økt egenfinansiering.

Investeringsbuffer – Det reserveres 200 millioner kroner årlig i det regionale helseforetaket som buffer for investeringer i foretaksgruppen.

Lånebuffer - Likviditetsmessig buffer fra låneadgangen for innvilgede investeringslån: Låneadgangen var for lån innvilget fram til 2024 basert på kostnadsrammen (P85-estimat). Det gir en tilgjengelig buffer sett opp mot styringsrammer (P50-estimat) som er det som ligger til grunn for budsjetteringen av prosjektene i økonomisk langtidsplan. Bufferen utgjør cirka 2,0 milliarder kroner i 2032 for prosjekter med innvilgede P85-lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, forutsatt at det ikke blir behov for å benytte usikkerhetsavsetningen. I tillegg er styringsrammen for Mjøspsykehuset lavere enn hva som var P50-estimatet grunnlaget for innvilget investeringslån. Dette gir en lånebuffer på om lag 400 millioner kroner.

Boks 3 Buffere i økonomistyringen i Helse Sør-Øst

Midler fra ubenyttede buffer vil forbedre likviditeten i de kommende årene, gitt at de ikke kommer til anvendelse i det enkelte budsjettår. For å ta hensyn til risiko og usikkerhet i

forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2027–2030 er det lagt opp til fortsatt oppbygging av sentrale investeringsbuffer i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere ulike buffere som sikrer handlingsrommet:

- Investeringsbuffer på 200 millioner kroner årlig. Bufferen reserveres i det regionale helseforetaket. Tillagt renter på akkumulert buffer gir dette til sammen 1,1 milliarder kroner frem til 2030 og 1,6 milliarder kroner frem til 2033 under forutsetning om at bufferen ikke kommer til anvendelse.
- Resultatbuffer på 700 millioner kroner årlig. Bufferen reserveres i det regionale helseforetaket. Tillagt renter på akkumulert buffer gir dette til sammen 3,0 milliarder kroner frem til 2030 og 5,6 milliarder kroner frem til 2033 under forutsetning om at bufferen ikke kommer til anvendelse.
- Framtidig låneuttak fra innvilgede investeringslån gir en likviditetsmessig buffer sammenlignet med utbetalingene av investeringslån som er forutsatt i økonomisk langtidsplan. Dette gjelder i all hovedsak investeringslånene for nye Aker, nye Rikshospitalet og Mjøssykehuset. Den likviditetsmessige bufferen utgjør om lag 2,4 milliarder kroner ved utgangen av 2032.

• **Oppnå planlagte driftsresultater før avskrivninger (EBITDA)**

Helseforetakene, eksklusive det regionale helseforetaket, budsjetterer med noe høyere driftsmargin før avskrivninger i perioden 2027 til 2036 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029, hovedsakelig i den siste delen av perioden.

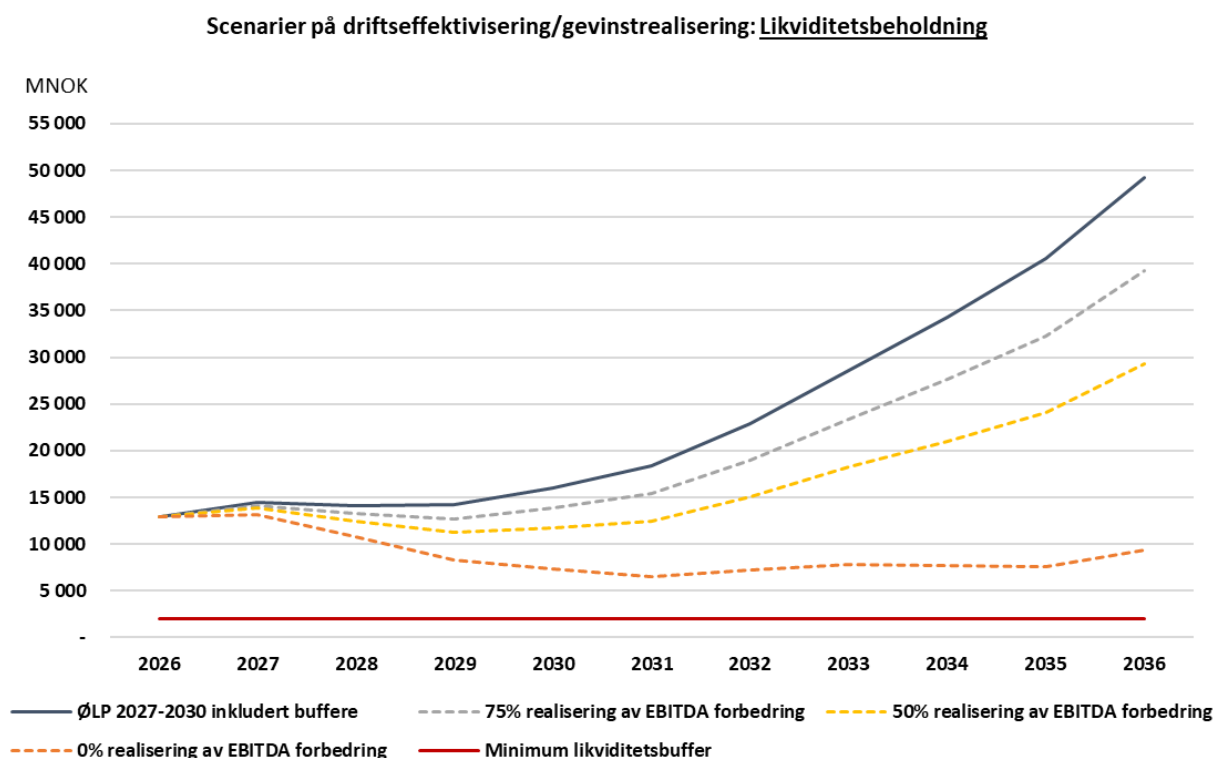
For planperioden 2027 til 2030 anslås en gjennomsnittlig driftsmargin før avskrivninger for foretaksgruppen på 7,4 prosent mot 7,1 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Økningen skyldes i hovedsak Vestre Viken HF som har løftet sin gjennomsnittsmargin med 1,6 prosentpoeng i perioden.

Driftsmarginen før avskrivninger i det lange bildet er forutsatt økt sammenlignet med i fjor. Det anslås en gjennomsnittlig driftsmargin før avskrivninger på 9,0 prosent i perioden 2031 til 2036, sammenlignet med 8,4 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Reklassifisering av Livsvitenskapsbygget som operasjonell leie impliserer at underliggende forbedring er enda høyere. Justert for effekten av leieavtalen var gjennomsnittlig driftsmargin i fjorårets langtidsplan 7,0 prosent i perioden 2027 til 2030 og 8,2 prosent i perioden 2031 til 2036.

I hovedsak er det Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, og Vestre Viken HF som står for økningen i perioden 2027-2036, med en gjennomsnittlig økning på ett prosentpoeng. Foreløpig vurderes det slik at risikoen er størst forbundet med å oppnå den budsjetterte effektiviseringen av drift i 2026 og 2027 med anslått gjennomsnittlig driftsmargin før avskrivninger på 6,8 prosent, sammenlignet med 6,2 prosent i 2025 og 6,1 prosent i 1. kvartal 2026. Viktige premisser for å oppnå dette er planene for gevinstrealisering i IKT- og byggeprosjektene, og gjennomgående arbeid med god drift herunder bemanningsstyring. Hvis målsettingene ikke oppnås, reduseres foretaksgruppens likviditet i de kommende årene.

Figur 17 viser sensitiviteten av manglende driftseffektivisering på framskrevet likviditetsbeholdning. Den heltrukne linjen illustrerer likviditeten i sum av innspillene, og de

stiplede linjene illustrerer likviditeten med redusert effektivisering. Uten noen effektivisering reduseres likviditeten til et bunnpunkt på om lag 6,5 milliarder i 2031, sammenlignet med 18,3 milliarder kroner ved full effekt av planlagt omstilling. I økonomisk langtidsplan 2026-2029 ville likviditeten ha vært redusert til 7,2 milliarder kroner i 2029 gitt uendret EBITDA fra budsjett 2025 og framover (uten effektivisering). I analysen er det gjort en metodisk endring i forhold til tidligere år, ved at effektiviseringen beregnes med utgangspunkt i deflatorjustert EBITDA i 2025, og ikke budsjettår 2026.



Figur 17 Sensitivitet for lavere oppnåelse av effektivisering og gevinstrealisering enn planlagt for prosjektene i foretaksgruppen, beregnet ut fra likviditet tillagt buffere (resultat og investering).

En vesentlig del av EBITDA-forbedringen som foretaksgruppen planlegger med i analyseperioden, kan knyttes til helseforetak med betydelig fornyelse av bygningsmassen. Forbedringen drives av to sammenfallende effekter, målrettet driftseffektivisering i forkant av innflytting i nye bygg, og realisering av gevinsteffekter i etterkant. Hagen og Anthun (2025)¹³ analyserte kostnadsutviklingen ved sykehusbygginvesteringer i perioden 2003 til 2023. Konklusjonen var at forventet kostnadsreduksjon ikke ble oppnådd på gruppenivå, men at prosjekter der hele bygningsmassen ble fornyet, viste en gjennomsnittlig langsiktig kostnadsreduksjon på 4,4 prosent fra og med fjerde år etter investeringen. For de to prosjektene i Helse Sør-Øst som inngår i analysen er tilsvarende langsiktig kostnadsreduksjon anslått til 7–8 prosent.

Investeringene i Helse Sør-Øst RHF er i dag vesentlig grad konsentrert om prosjekter som fornyer store deler av bygningsmassen, og Nye Aker, Nye Rikshospitalet og Mjøssykehuset

¹³ Hagen og Anthun (2025) [Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen](#). Tidsskrift for den norske legeforening vol. 145 nr. 14

utgjør om lag 70 prosent av de regionale investeringene i perioden 2027 til 2036. Foretaksgruppens evne til å realisere planlagte EBITDA-forbedringer er dermed i stor grad avhengig av at effektiviserings- og gevinstarbeidet knyttet til disse tre prosjektene lykkes i tråd med forutsetningene.

- **Brå endringer i renter og valuta**

Økt rentenivå virker på kort sikt positivt inn på likviditeten i foretaksgruppen. Dette fordi foretaksgruppen har større bankinnskudd enn opptrukken driftskreditt. De konverterte investeringslånene har i hovedsak fastrenter og påvirkes ikke av renteendringer på kort sikt. Samtidig vil økt rentenivå øke byggelånsrentene på byggelånene, noe som vil redusere likviditeten når disse skal nedbetales. På sikt forutsettes det at renteøkninger og inflasjon vil reflekteres i statsbudsjettets deflator. Foretaksgruppen er likevel utsatt for renterisiko fra endringer i realrente og fordi grunnlaget for kapitalkostnader er forskjellig fra driftsresultatet før avskrivninger (EBITDA).

Foretaksgruppen er inne i en periode med store investeringer, med samtidig stigende langsiktig rentenivå. Rentekurven som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan 2027–2030 er fra januar. Siden da har oljeprisen og inflasjonsforventningene steget som følge av geopolitiske forhold, og rentebanen har løftet seg med om lag 0,5 prosentpoeng for perioden 2027–2030, mens det langsiktige rentenivået er relativt uendret.

Dersom oljeprisen stabiliserer seg nær dagens nivå, må det regnes med høyere prisvekst internasjonalt enn lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Sentralbankene vil i et slikt scenario trolig prioritere å holde inflasjonen i sjakk, noe som innebærer strammere pengepolitikk og høyere renter over lengre tid enn tidligere ventet. For foretaksgruppen betyr dette at finanskostnadene vil kunne øke, både ved rullering av fastrenteavtaler på eksisterende lån og gjennom høyere renter på byggelån i byggeperioden. I tillegg kan høyere energi- og råvarepriser gi økt prisvekst i bygg- og anleggsmarkedet, som i sin tur kan presse investeringskostnadene i pågående og planlagte prosjekter. Samtidig har kronen styrket seg, og det vil kunne ta tid før de høye energiprisene slår fullt ut i prisvekst og deflator.

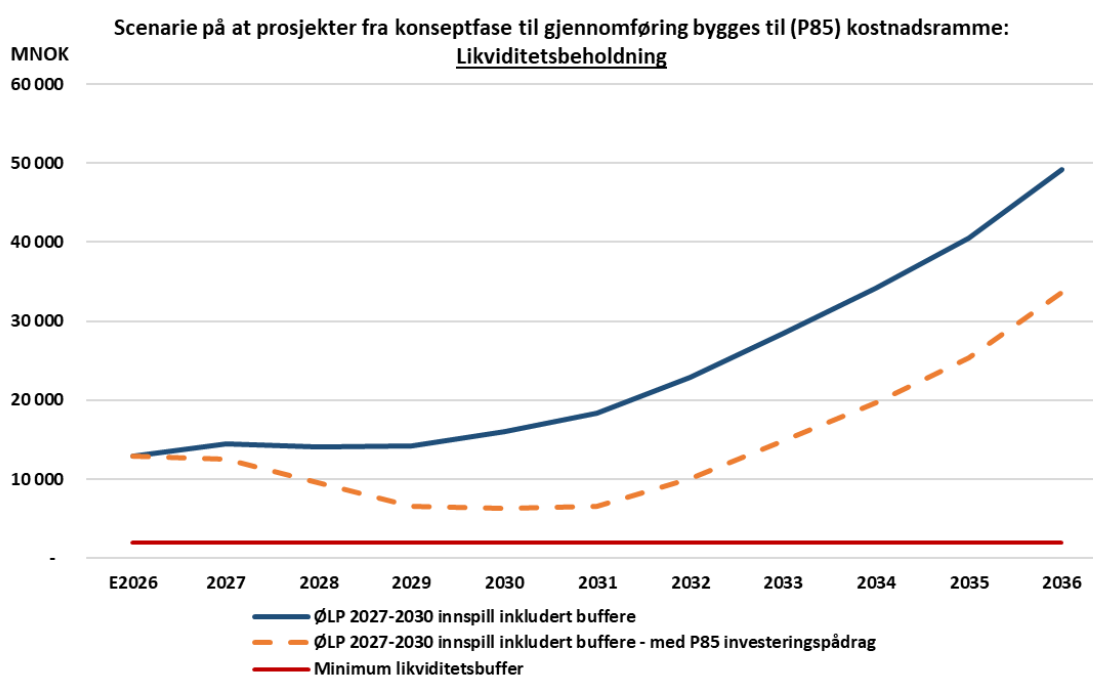
De langsiktige investeringslånene er i hovedsak sikret med fastrenteavtaler, men det forventes at rullering av rentesikring vil medføre høyere rentenivåer også på den eksisterende låneporteføljen. Under byggeperioden er investeringene finansiert med byggelån med flytende rente, noe som øker rentesensitiviteten i foretaksgruppen.

- **Prisvekst og god prosjektstyring**

Økte investeringskostnader kan skyldes endrede forutsetninger for prosjektene. Eksempler på dette er at kompleksiteten blir høyere enn ventet, at grunnforhold er mer krevende enn ventet, eller at det er svakere konkurranse mellom entreprenørene enn ventet. Svekkelse av norsk krone kan også gi økte investeringskostnader. Disse enkeltelementenes merkostnader kan hver for seg eller samlet redusere sannsynligheten for at styringsrammen (P50-estimat) overholdes.

Økte investeringskostnader kan også skyldes generell prisvekst i bygg og anlegg og IKT. Selv om byggeprosjektene finansieres ved indeksregulerte størrelser i statsbudsjettet, kan det fortsatt forekomme avvik mellom prisveksten byggeprosjektene utsettes for, og prisveksten statsbudsjettet tar høyde for. Avvik kan redusere likviditeten på kort- og mellomlang sikt, da økning i investeringer helt eller delvis må dekkes av egenkapitalandelen.

Figur 18 illustrerer sensitiviteten hvis alle de store regionale byggeprosjektene som er i konseptfase til og med gjennomføring, opplever kostnadsøkninger opp til kostnadsrammen (P85-estimat). Det er i dette scenarioet lagt til grunn et estimat for en samlet økning på 12 milliarder kroner i investeringer per 2035. Økt bruk av lån er forutsatt vil dekke cirka 2,4 milliarder kroner slik at reduksjonen i foretaksgruppens likviditet justert for renteeffekter fra reduserte bankinnskudd og økte avdrag på lån blir om lag 13,2 milliarder kroner akkumulert negativ effekt i 2036. En slik kostnadsøkning vil gi økte kapitalkostnader i de enkelte helseforetakene, som i sin tur leder til økte krav til effektivisering eller gevinstrealisering. Det er derfor viktig med god prosjektstyring.



Figur 18 Sensitivitet for kostnadsøkninger i prosjekter fra og med konseptfase til og med gjennomføring i foretaksgruppen, illustrert ved effekten av at alle styringsrammer (P50-estimat) øker til nivået for kostnadsrammer (P85-estimat) beregnet ut fra likviditet tillagt buffere (resultat, investering og lån).

Usikkerheten i energimarkedene vurderes som betydelig. En ytterligere eskalering av konflikten i Midtøsten, med mer omfattende bortfall av oljetilbudet, kan med verste utfall utløse en global energikrise med bredere realøkonomiske konsekvenser. Et slikt scenario vil kunne gi kraftigere utslag i både rente- og valutamarkedene og innebærer en reell risiko for at statsbudsjettets deflatorjusteringer over tid ikke fullt ut kompenserer for den kostnadsveksten foretaksgruppen eksponeres for. Dette understreker betydningen av å opprettholde tilstrekkelige resultat- og likviditetsbuffere som kan absorbere kortsiktige avvik mellom kostnadsutviklingen og bevilgningen.

2.4. Tema til oppfølging i styresak om økonomisk langtidsplan 2027-2030 den 18. juni 2026

I styrets behandling av sak 153-2025 - Oppdrag og bestilling 2026 – økonomiske resultatkrav ba styret administrerende direktør om å gjøre nærmere rede for den økonomiske situasjonen i Vestre Viken HF og planene for å realisere økonomiske gevinster av det nye bygget. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en nærmere redegjørelse i saken om økonomisk langtidsplan 2027-2030 som legges fram for styret i juni 2026.

For å opprettholde økonomisk bæreevne er det viktig at helseforetak med store investeringsprosjekter opprettholder de krav til driftsresultat før avskrivninger som følger av tidligere investeringsbeslutninger og budsjettering, noe som innebærer en betydelig økning fra 2025. Det vil være variasjoner mellom de enkelte helseforetakene basert på hvordan reinvesteringer håndteres som enten vedlikehold eller investering, og hvilket kapitalbehov og gjeldsbelastning hvert helseforetak har. En ytterligere økning av kapitalintensiteten i foretaksgruppen vil medføre ytterligere krav til driftsresultat før avskrivning. Det vil komme vurderinger knyttet til dette i styresaken i juni.

I vedtak i sak 140-2025 *Sykehuset Innlandet HF – oppstart forprosjekt videreutvikling Sykehuset Innlandet HF* og sak 141-2025 *Oslo universitetssykehus HF – oppstart konseptfase etappe 2*, ba styret administrerende direktør, i forbindelse med arbeidet med økonomisk langtidsplan, vurdere den økonomiske bærekraften i foretaksgruppen og komme tilbake med forslag til tak for samlet gjeld og realistiske krav til driftsresultat. Videre at det ble foreslått en prioritering av investeringer med utgangspunkt i det tak som settes for gjeld og samlede kapitalkostnader i foretaksgruppen. Vedtakene vil bli fulgt opp i arbeidet med økonomisk langtidsplan 2027-2030 som styret vil behandle i juni.

Saken om økonomisk langtidsplan 2027-2030 til styremøtet 18. juni vil også omfatte en videre drøfting av mulige endringer i foretaksgruppens kapitalfordelingsmodeller fra midten av 2030-tallet, ref. omtale i sak 073-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029*. Dette inkluderer en vurdering av omfanget av intern lånemodell, nedbetaling av helseforetakenes driftskredittrammer som følge av underskudd, nivået på nødvendig resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF og en vurdering av tilbakeføring av egenkapital og likviditet fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene. Dette har bakgrunn i at den samlede økonomiske risikoen i foretaksgruppen antas redusert på 2030-tallet dersom de budsjetterte driftsmarginene oppnås.

3 Administrerende direktørs anbefaling

Økonomisk langtidsplan rulleres hvert vår i Helse Sør-Øst. Styret vedtar i primo mars planforutsetningene som ligger til grunn for helseforetakenes innspill. Styret vedtar økonomisk langtidsplanen i styremøtet 18. juni. I likhet med de to foregående årene har styret i denne saken fått presentert helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2027-2030. Økonomisk langtidsplan inngår som en sentral del av virksomhetsstyringen og budsjettprosessen i foretaksgruppen.

Med utgangspunkt i styrets behandling av planforutsetningene i økonomisk langtidsplan 2027-2030 i sak 032-2026 leverte helseforetakene sine innspill til planen innen den 20. april. Alle helseforetakene vil ved utgangen av mai ha styrebehandlet sine respektive økonomiske langtidsplaner. Den regionale planen vil basere seg på helseforetakenes innspill, samt en regional prioritering som det vil jobbes videre med fram mot endelig økonomisk langtidsplan. Administrerende direktør har i denne saken orientert styret om hva summen av helseforetakenes innspill har å si for den økonomiske utviklingen i foretaksgruppen de neste årene.

Administrerende direktør viser til sak 046-2026 *Virksomhetsrapport per februar og mars 2026*. Rapporten viser at de samlede økonomiske resultatene hittil i år er om lag i tråd med budsjett. Bemanningsavviket, målt i brutto månedsverk, var 1,1 prosent fra budsjett, mens bemanningskostnaden var tilnærmet på budsjett. Sykefraværet har økt noe fra samme periode i 2025, mens innleiekostnadene fortsetter å gå ned. Aktivitetsnivået tok seg opp i mars etter at denne lå bak budsjett i januar og februar. Samlet etter årets tre første måneder var aktiviteten fortsatt noe bak budsjett. Det er behov for god kostnadskontroll og tiltaksoppfølging allerede i 2026 for å kunne realisere de planlagte resultatene i de påfølgende årene slik dette er forutsatt i innspillene til økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Summen av helseforetakenes innspill viser at det samlet planlegges for en vekst i somatisk aktivitet målt ved ISF-poeng på 1,5 prosent for 2027, mens den er noe lavere de påfølgende årene. Den planlagte veksten i antall liggedøgn og poliklinikk ligger i hele perioden noe over det den regionale framskrivingsmodellen tilsier. Det er videre planlagt med en aktivitetsvekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som også er i tråd med eller noe over framskrivingsmodellen. Administrerende direktør vurderer at helseforetakenes innspill gjenspeiler at befolkningenes behov for helsetjenester vil bli håndtert i planperioden.

Administrerende direktør registrer at helseforetakene har planlagt med en lavere vekst i bemanning enn aktivitet. Budsjetteringen på bemanningsområdet vurderes som ambisiøs, men realistisk og med rimelige ambisjoner om redusert sykefravær, overtid og innleie. Produktiviteten viser en jevn og positiv utvikling i perioden.

Resultatutviklingen i perioden skal legge til rette for en bærekraftig økonomi over tid og legge til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer. Summen av helseforetakenes innspill viser høyere resultatambisjoner sammenlignet med forrige langtidsplan, og foretaksgruppen forventes dermed å oppnå målsettingen om en resultatgrad over 2,5 prosent i 2029 og 2030 – før den etter planperioden igjen reduseres. Tilsvarende legger helseforetakene opp til et økende driftsresultat og EBITDA-margin i sine innspill til langtidsplanen, på et høyere nivå enn i forrige langtidsplan. Administrerende direktør har høy oppmerksomhet på dette, da dette skal finansiere rentekostnader og avdrag på investeringslån.

Samlet investeringsnivå fram mot 2036 øker i innspillene med 10,3 milliarder kroner sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2026-2029. Dette er reelt sett en økning på 3,3 milliarder kroner, som i hovedsak er knyttet til økning i lokale investeringer i helseforetakenes innspill. Den resterende økningen er knyttet til indeksregulering og periodisering. Administrerende direktør vil gjøre en nærmere vurdering av innspillene fram mot styremøtet 18. juni. Vurderingene av investeringsnivået som er spilt inn, må ses opp mot den budsjetterte resultat- og likviditetsutviklingen og risikovurderinger knyttet til denne.

Forslag til revidert nasjonalbudsjett ble lagt fram av regjeringen 12. mai og konsekvensene av dette er ikke innarbeidet i helseforetakenes innspill. De økonomiske konsekvensene av endret anslag på deflator, nedjustering av enhetsprisen for ISF og reduserte laboratorietakster er samlet anslått å være negative med om lag 600 millioner kroner for

Helse Sør-Øst RHF. Videre er det anslått en negativ resultateffekt fra den bevilgningsmessige håndteringen av pensjon på om lag 700 millioner kroner. I tillegg viser oppdaterte anslag på pensjonskostnad og -premie, samt endrede regnskapsprinsipper for pensjonsforhold, at driftskredittgjelden blir om lag 3 300 millioner høyere ved utgangen av 2026 enn lagt til grunn i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030. For Helse Sør-Øst RHF innebærer det årlig økte rentekostnader fra 2027 på 150 millioner kroner. Administrerende direktør vil komme nærmere tilbake til konsekvensene av forslag til revidert nasjonalbudsjett i saken om økonomisk langtidsplan i juni.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Lenker til helseforetakenes økonomiske langtidsplaner:
 - Akershus universitetssykehus HF – [Sak 32-26 Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2027-30 \(46\)](#) – Behandlet 27. april 2026
 - Oslo universitetssykehus HF – [Sak 31/2026 ØLP 2026-2029 \(46\)](#) – Behandlet 30. april 2026
 - Sunnaas sykehus HF – [Sak 26/26 Økonomisk langtidsplan 2027-2046 Resultat-Balanse-Likviditet](#) – Behandlet 17. april 2026
 - Sykehusapotekene HF – unntatt offentlighet – Behandlet 27. april 2026
 - Sykehuset i Vestfold HF – [Økonomisk langtidsplan 2027-2030 inkl. status budsjett 2027](#) Behandler sak 21. mai 2026
 - Sykehuset Innlandet HF – Behandler sak 26. mai 2026
 - Sykehuset Telemark HF – [047-2026 økonomisk-langtidsplan-2027-2030](#) Behandler sak 20. mai 2026
 - Sykehuset Østfold HF – [Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) for Sykehuset Østfold HF 2027-2030\(70\)](#) – Behandlet 29. april 2026
 - Sørlandet sykehus HF – [Sak 062-2026 ØLP 2027-2030](#) Behandler sak 21. mai 2026
 - Vestre Viken HF – Behandler sak 27. mai 2026