

Saksframlegg

Saksgang:

Møte	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	19. juni 2025

Sak 073-2025

Økonomisk langtidsplan 2026-2029

Forslag til vedtak:

- Helseforetakene skal i planperioden 2026-2029 planlegge og utvikle sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2040* og arbeide målrettet med tiltak innenfor de prioriterte satsningsområdene:
 - Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
 - Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
 - Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste
 - Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
 - Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste
- Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet i perioden 2026-2029, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas. Mål om gjennomsnittlige ventetider per tjenesteområde skal nås i planperioden.
- Helseforetakenes budsjetter for 2026 og senere år skal vise prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og aktivitetsutvikling i tråd med forventet framtidig behov for alle tjenesteområder.
- Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av behov for bemanning og nødvendig tilpasning av kompetanse for å bedre ressursbruk og for å kunne gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke i tråd med behovet. Styret vektlegger at den planlagte omstillingen i helseforetakene ikke må gå på bekostning av helseforetakenes evne til å beholde og rekruttere ansatte.
- Styret legger til grunn at helseforetakene i sine planverk for beredskap innarbeider til enhver tid gjeldende nasjonale og regionale føringer.

6. Det tas høyde for å fullføre store byggeprosjekter i forprosjekt- og gjennomføringsfase. Satsingen på IKT-videreføres. Framtidige beslutninger om å sette i gang nye byggeprosjekter og nivået på planlagte investeringer i teknologi avhenger av at prosjektene overholder planleggings- og styringsrammer, og at helseforetaket og foretaksgruppen har økonomisk bæreevne, samt av mulighetene for realisering av tomteverdier. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i 2026-2029 skal primært være begrunnet i kapasitetsbehov og fremmes styret for behandling i henhold til etablerte fullmaktstrukturer.
7. Tildeling av likviditet til ekstraordinært vedlikehold i 2026 forutsettes opprettholdt på 200 millioner kroner. Midlene skal brukes til ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner i det enkelte helseforetak. Det endelige nivået på tildelingen fastsettes i budsjett 2026.
8. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak for å oppnå planlagt resultatutvikling slik at investeringsprosjektene kan gjennomføres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene utvikler organisasjonen i tilknytning til investeringsprosjektene for å redusere risiko forbundet med innflytting i nye bygg eller ved at ny teknologi tas i bruk.
9. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utviklingen i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med planlagt utvikling. Driftsresultat før avskrivninger skal som hovedregel øke minst tilsvarende deflatoren i statsbudsjettet. Helseforetak med svakere utvikling i driftsresultat før avskrivninger enn forutsatt på tidspunkt for beslutning av store byggeprosjekter, forutsettes å iverksette tiltak slik at gjeldsbetjeningsevnen styrkes i tråd med forutsetningene.
10. Styret ber om at det gjøres en særskilt vurdering av muligheten for økte resultatkrav inn mot budsjett 2026.
11. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2026–2029 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som framgår over.

Hamar, 12. juni 2025

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1 Hva saken gjelder

Økonomisk langtidsplan gir Helse Sør-Øst RHF grunnlag for å vurdere det økonomiske handlingsrommet for å iverksette tiltak og gjøre prioriteringer for å nå de mål og strategier som ligger til grunn for virksomheten. Dette gjelder drift, investeringer, og avveiningene mellom disse. Denne saken er en oppdatering av sak 062-2025 *Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2026-2029* som styret behandlet 22. mai i år. Styret tok saken til orientering, og innspill som ble gitt i møtet er innarbeidet i saken. I tillegg er det gjort en vurdering og prioritering av helseforetakenes innspill på investeringsområdet.

Helseforetakene ga 22. april sine innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029, og alle helseforetakene har ved utgangen av mai styrebehandlet disse. Innspillet til Vestre Viken HF ble oppdatert etter behandling av sak 062-2025. Det reviderte innspillet er innarbeidet i denne saken.

2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Planforutsetninger

Styret la i sak 024-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029 –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 2026–2029 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.*
 - *Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.*
 - *Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen øke minst med den demografiske veksten i planperioden.*
 - *Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.*
 - *Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.*
 - *Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.*
 - *Det skal legges til rette for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.*
 - *Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025.*

- *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. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaksjikt for leger.*
 - *Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukken arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.*
 - *Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.*
 - *Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.*
 - *Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen*
2. *Det legges til grunn i planperioden en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.*
 3. *Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. I tillegg reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2026. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:*
 - *Sykehuset Innlandet HF: 25 millioner kroner i 2026*
 - *Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027*
 - *Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027*
 - *Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027*
 4. *Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.*
 5. *Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter. 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.*

6. *Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.*

I sak 062-2025 *Orienteringer om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2026-2029* vedtok styret følgende:

Styret ber om at innspill innarbeides i ny styresak om økonomisk langtidsplan 2026-2029.

Det vises til protokoll fra møtet 22. mai for nærmere omtale av innspill som ble gitt. Innspillene er ivarettatt i denne saken. Det vises også til sak 024-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029 Planforutsetninger* for omtale av enkelte forhold.

Nasjonale føringer og regionale planer og delstrategier

Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2026-2029 framkommer av sak 024-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029 – planforutsetninger*. På Helse Sør-Øst RHF's nettsider finnes en utvidet oversikt over regionale planer og delstrategier for regionen, [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF](#). Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 (styresak 134-2022) er den overordnede planen som skal ligge til grunn for utviklingen av Helse Sør-Øst fram mot 2040.

Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*, som i stor grad er sammenfallende med regional utviklingsplan, er regjeringens overordnede plan for en bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Det er lagt til grunn at helseforetakene i innspillene til økonomisk langtidsplan har tatt hensyn til de mål og satsinger som ligger i de to planene. Helseforetakene skal ha lagt til grunn at kravene fra oppdrag og bestilling i 2025 også vil være gjeldende i planperioden. Både regional utviklingsplan og Nasjonal helse- og samhandlingsplan har en særlig oppmerksomhet på behovet for å utvikle en bærekraftig helsetjeneste, der utfordringene i stor grad er knyttet til den demografiske utviklingen med flere eldre og færre i yrkesaktive per pensjonist.

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, herunder forhold som er nevnt i saksframlegget i sak 024-2025 *Økonomisk langtidsplan 2026-2029 - Planforutsetninger*. I saken ble samfunnssikkerhet og beredskap særlig beskrevet. Der ble det blant annet vist til at de regionale helseforetakene arbeider med interregional plan for spesialisthelsetjenestenes rolle i krig. Planverket vil være førende for helseforetakenes beredskapsplanverk. Helse- og omsorgsdepartementet la fram en oppdatert Nasjonal helseberedskapsplan¹ 23. mai i år. Denne beskriver blant annet de regionale helseforetakenes og helseforetakenes roller og ansvar i kriser.

Helseforetakene har vurdert behov for utvikling i aktivitet, bemanning, produktivitet, investeringsplaner, vedlikehold med videre, og oversendt sine innspill til Helse Sør-Øst RHF.

¹ [Å verne om liv og helse - Nasjonal Helseberedskapsplan](#)

Planforutsetningen knyttet til aktivitet og inntekter tok høyde for den demografiske utviklingen i planperioden, jf. omtale i sak 024-2025. Helseforetakene vurderer i sine innspill også de demografiske endringer i sine respektive opptaksområder, og nettopp endringene i demografi er blant begrunnelsene for behovet for omstilling. Helse Sør-Øst RHF har oppsummert og avstemt innspillene på foretaksgruppenivå og vurdert 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 og ny teknologi tilrettelegger for effektiv drift. 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 024-2025:

- Økonomisk langtidsplan er i faste 2025-kroner.
- Det legges til rette for en vekst i pasientbehandlingen på cirka 1,5 prosent årlig.
- Årlig vekst i basisbevilgning som følge av forutsatt aktivitetsvekst forventes å være på 1 110 millioner kroner i 2026-2029. 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 2025.
- Det er i inntektsrammeforutsetningene tatt høyde for overføring av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF ved årsskiftet 2025/2026, jf. styresak 024-2023. Det er videre forutsatt at overføring av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for alle de tre bydelene i Groruddalen skjer samlet i 2032. Ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydelene Grorud og Stovner er forutsatt overført til Oslo universitetssykehus HF i 2032, jf. styresak 093-2024. Fra samme tid overføres det helhetlige spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Sagene fra Oslo universitetssykehus HF til Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Det er videre i inntektsrammeforutsetningene lagt til grunn en planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF, jf. vedtak i styresak 062-2024. Det er også forutsatt ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF (i 2026) og Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF (alle i 2026 og 2027).
- Veksten i tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF er anslått til 1 043 millioner kroner fra budsjett 2025 til 2029 (reelt; 2025-kroner). Dette tilsvarer en økning på 18 prosent, som er seks prosentpoeng lavere enn perioden budsjett 2024 til 2028 i fjorårets økonomiske langtidsplan. Tjenestepriisen for 2026 viser en økning på 4,2 prosent sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028 (justert til 2025-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 2026-2029, for deretter å tilpasses langsiktig stabil rente ved interpolering over tre år. Langsiktig rente baseres på anslag på langsiktig likevektsrealrente (en prosent), justert for påslag i lånebetingelsene fra Helse- og omsorgsdepartementet, jf. over, og forventet påslag for fastrente. Realrenteforutsetningen er konsistente med fremtidig inntektsutvikling i faste 2025-kroner. Med disse forutsetningene vil realrenten for gruppen om lag tilsvare den reelle veksten i inntektene på lang sikt.
- Basert på utviklingen i anslagene i 2024 (juni, september og desember) fra Statistisk sentralbyrås (SSB) konjunkturtendens og pengepolitisk rapport fra Norges Bank var det forholdsvis små forskjeller mellom den anslåtte generelle prisveksten og byggekostnadsutviklingen anslått fra Prognosesenteret, og det er derfor ikke lagt til grunn en realprisjustering av byggekostnader i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

I sak 024-2025 framgikk det at det inn mot budsjett 2026 vil bli vurdert behov for inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF som følge av overføring av somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna og til Vestre Viken HF knyttet til overføring av virksomhet ved Martina Hansens Hospital AS. Videre vises det til styrets vedtak i sak 062-2024 *Vestre Viken HF – planmessig inntektsstøtte* og omtalen av den planmessige inntektsstøtten i sak 024-2025. Styret vedtok i sak 062-2024 at de gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene ville følge med på utviklingen og følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for nytt sykehus i Drammen ikke skal bli til hinder for at helseforetaket kan fortsette å levere gode og likeverdig helsetjenester. Det vises til nærmere omtale av oppdatert innspill og vurderinger for Vestre Viken HF under avsnitt 2.2.

Helseforetakene har innarbeidet anslått økning i beregnede legemiddelkostnader fra Sykehusapotekene HF fra 7,6 milliarder kroner for foretaksgruppen i 2025 til 8,4 milliarder kroner i 2029. Dette tilsvarer en estimert økning i kostnader i perioden på om lag 10 prosent, og andel legemiddelkostnader av totale driftskostnader forventes i planperioden å være svakt økende.

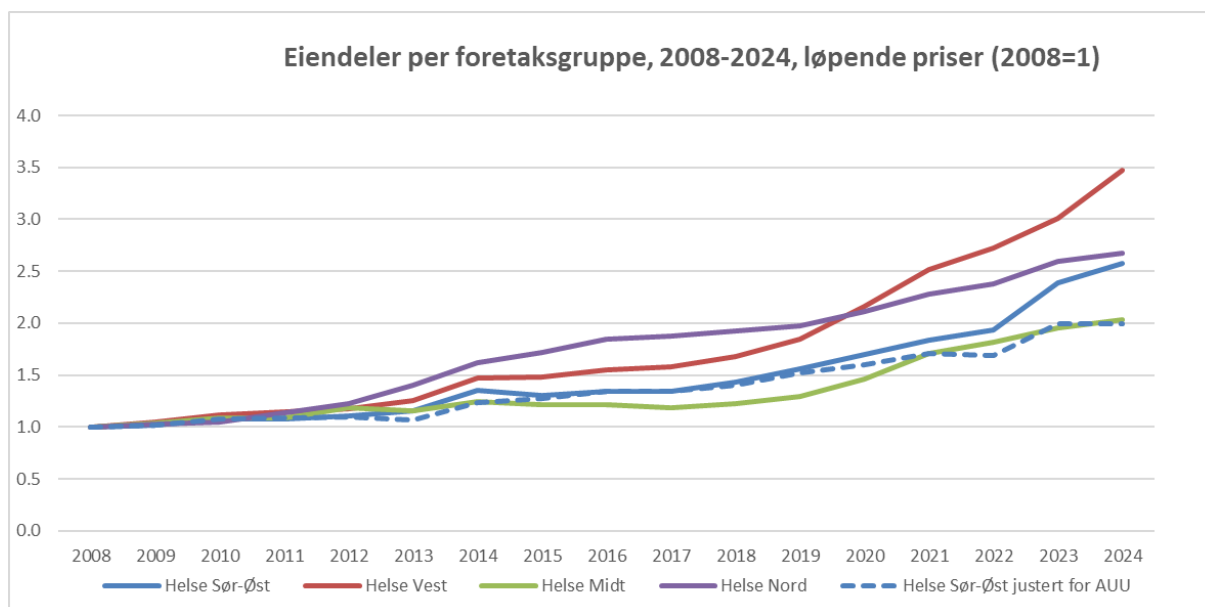
I sammenstillingene av utviklingen i planperioden er det tatt utgangspunkt i helseforetakenes årsestimat per mars 2025 for aktivitet, bemanning, produktivitet, økonomiske resultater og likviditet med mer.

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, kan gi 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. Utledet av dette kan det argumenteres for at uten tilstrekkelige investeringer vil ikke arbeidsproduktiviteten kunne bli så høy som den kunne blitt dersom kapitalinnsatsen er tilstrekkelig. Økte investeringer i realkapital, som bygninger, IKT og medisinsk-teknisk utstyr, kan derfor bidra til å øke produktiviteten fremover.

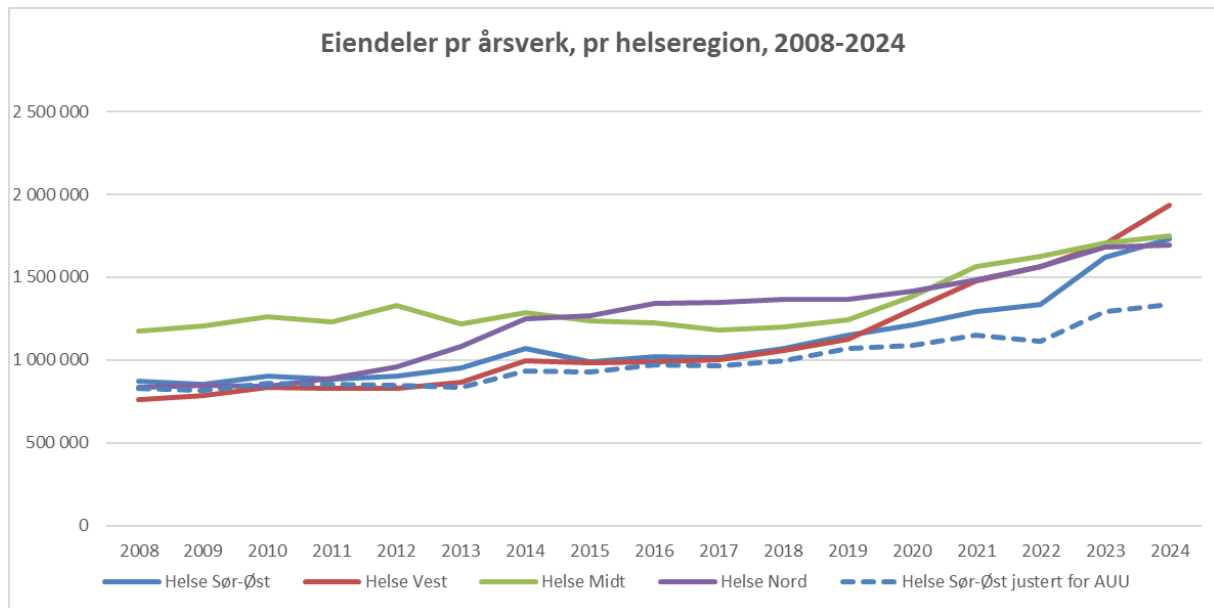
Analyser av de regionale helseforetakenes årsrapporter viser at sum balanseførte eiendeler i Helse Sør-Øst har økt med om lag 160 prosent, nest lavest økning av alle regioner siden 2008 (Figur 1). Justert for pågående byggeaktivitet (AUU = anlegg under utførelse) er veksten i eiendeler lavere, om lag 100 prosent i Helse Sør-Øst, sammenlignet med om lag 140-150 prosent i Helse Vest og Helse Nord og 60 prosent i Helse Midt-Norge, når man justerer for anlegg under utførelse også i de andre helseregionene.



Figur 1 Utviklingen av eiendeler per helseregion fra 2008, (2008=1; kilde: Årsrapporter RHF). AUU er kort for anlegg under utførelse.

Sammenholdt med antall årsverk (SSB) har sum eiendeler pr årsverk i Helse Sør-Øst gått fra 0,87 millioner kroner i 2008 til 1,73 millioner kroner i 2024, om lag på nivå med de øvrige regionene (Figur 2).

Dersom man utelukkende ser på balanseførte verdier av immaterielle eiendeler (IKT) og varige driftsmidler som bygg og utstyr, samt justerer for anlegg under utførelse, fremkommer det at Helse Sør-Øst har slike varige eiendeler til en verdi pr årsverk på 703 000 kroner i 2024, mens den er om lag 800 000 kroner i Helse Midt-Norge og Helse Vest, og om lag 1,1 millioner kroner i Helse Nord.



Figur 2 Sum eiendeler per årsverk per helseregion, kroner (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.

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 skjematiskering 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.

Samlet sett planlegges det med en aktivitetsutvikling i foretaksgruppen i tråd med de aktivitetsvekstforutsetningene styret la til grunn i sak 024-2025. Dette tilsier at befolkningenes behov for helsetjenester skal bli håndtert i planperioden. Framskrivning av aktivitet oppdateres hver høst, som grunnlag for dimensjonering av sykehusbygg og ivaretagelsen av det regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Somatikk

Summen av helseforetakenes innspill for somatikk viser at utviklingen i planperioden er i tråd med planforutsetningene som la til grunn en årlig vekst på 1,5 prosent.

ISF somatikk (døgn, dag, poli, legemidler, FBV) sørge-for	2022	2023	2024	E2025	Økonomisk langtidsplan				Endring E2025 - 2026	Endring E2025 - 2029
					2026	2027	2028	2029		
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	869 805	895 353	915 454	933 470	948 808	963 287	976 017	989 235	1,6 %	6,0 %
Private ideelle sykehus	58 937	61 106	62 003	61 920	62 095	62 959	63 713	64 310	0,3 %	3,9 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	928 742	956 460	977 457	995 390	1 010 903	1 026 246	1 039 729	1 053 545	1,6 %	5,8 %

Tabell 1: ISF-poeng somatikk inklusive legemidler (sørge for-ansvaret) angitt som faktisk aktivitet i 2022-2024, estimat per mars for 2025 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2026-2029. Innspill for 2026 og 2029 er sammenliknet med ISF-poeng for estimat 2025.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det kun poliklinisk aktivitet som gir ISF-poeng. Utviklingen i ISF-poeng er noe svakere enn vekstforutsetningene totalt for de to tjenesteområdene. Dette har sammenheng med den sterke veksten fra 2024 til 2025. Per mars 2025 er det en vekst fra 2024 på hele 19,5 prosent for ISF-poeng innen

psykisk helsevern for voksne (VOP), 13,6 prosent innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og 10,8 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Veksten i ISF-poeng er ikke nødvendigvis et uttrykk for reell aktivitetsvekst. Fra 2025 er pasienter mellom 18 og til det året de fyller 26 år innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fritatt for egenandel. Fritaket kompenseres gjennom et poengtillegg i ISF-ordningen og ikke gjennom et refusjonskrav til Helfo. Videre vil aktiviteten per mars være påvirket av antall virkedager. Påsken var i 2024 i mars måned, mens den i 2025 var i april.

Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus Psykisk helsevern og TSB	2022	2023	2024	E2025	Økonomisk langtidsplan				Endring E2025 - 2026	Endring E2025 - 2029
					2026	2027	2028	2029		
VOP - Psykisk helsevern for voksne	178 166	183 195	187 110	198 713	202 410	204 559	206 775	209 207	1,9 %	5,3 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	146 973	154 203	157 958	166 141	168 126	169 982	171 867	173 767	1,2 %	4,6 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	37 030	39 625	40 606	40 892	41 401	41 886	42 373	42 869	1,2 %	4,8 %
ISF TOTAL sørge-for-ansvaret psykisk helsevern og TSB	362 170	377 023	385 674	405 746	411 937	416 427	421 015	425 843	1,5 %	5,0 %

Tabell 2 ISF-poeng psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling angitt som faktisk aktivitet i 2022-2024, estimat per mars for 2025 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2026-2029. Innspill for 2026 og 2029 er sammenliknet med ISF-poeng for estimat 2025.

Aktivitet målt ved andre aktivitetsmål i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. Tabell 3, viser at helseforetakene og private ideelle sykehus planlegger med følgende vekst i aktivitet i planperioden:

Årlig endring Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2023	2024	E2025	Økonomisk langtidsplan				Endring E2025- ØLP2029
				2026	2027	2028	2029	
Døgn (utskrivninger)								
VOP	2,7 %	-0,1 %	-0,1 %	1,6 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %	2,5 %
BUP	-5,2 %	-8,2 %	15,0 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	1,8 %
TSB	1,5 %	-1,1 %	2,0 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	1,7 %
Ligge døgn								
VOP	0,6 %	2,9 %	-0,2 %	0,7 %	-0,2 %	0,6 %	0,5 %	1,6 %
BUP	-3,7 %	-6,7 %	10,6 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	1,0 %
TSB	0,8 %	-0,2 %	3,5 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold								
VOP	-3,8 %	1,4 %	3,0 %	2,1 %	1,0 %	1,1 %	1,2 %	5,4 %
BUP	-8,3 %	2,0 %	3,4 %	2,3 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	5,5 %
TSB	-8,5 %	3,3 %	1,0 %	1,9 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	5,9 %

Tabell 3 Årlig endring i aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Styret har lagt til grunn at kostnader til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjonskostnader, for planperioden minst skal øke med den demografiske veksten. Dette er i tråd med oppdragsdokumentet for 2025.

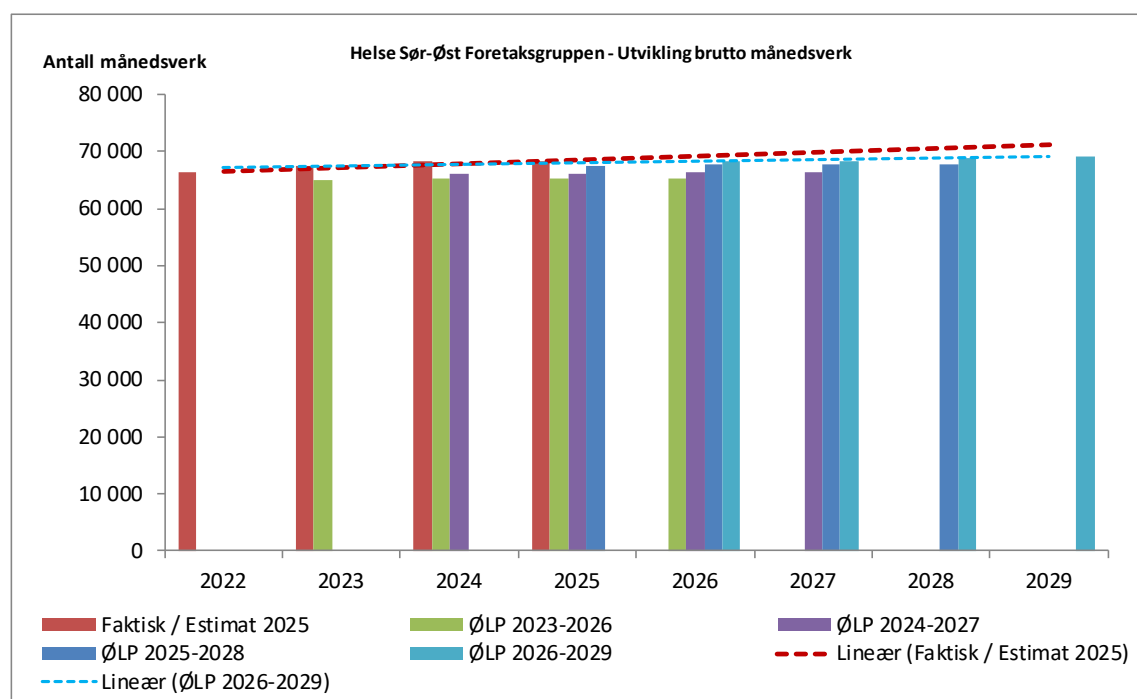
Foretaksgruppen oppfyller planforutsetningen for vekst for det første året i planperioden, mens veksten flater ut i perioden 2027-2029. Kravene til vekst i kostnader per tjenesteområde fastsettes i forbindelse med oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette vil derfor følges nærmere opp i arbeidet med budsjett 2026.

Helse sør-Øst foretaksgruppen - kostnader ekskl. avskrivninger og pensjon	F2024	B2025	ØLP2026	ØLP2027	ØLP2028	ØLP2029	Endring B2025-ØLP2026	Endring B2025-ØLP2029
VOP	11 250 662	12 021 155	12 798 904	12 931 851	13 093 496	13 244 996	6,5 %	10,2 %
BUP	3 050 975	3 316 640	3 429 544	3 466 902	3 512 534	3 554 692	3,4 %	7,2 %
Psykisk helsevern	14 301 636	15 337 795	16 228 449	16 398 753	16 606 030	16 799 688	5,8 %	9,5 %
TSB	3 494 189	3 892 823	3 998 832	4 025 677	4 059 254	4 089 925	2,7 %	5,1 %
Sum alle tjenesteområder	17 795 826	19 230 618	20 227 281	20 424 430	20 665 284	20 889 613	5,2 %	8,6 %

Tabell 4 Utvikling i kostnader i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Faktisk 2024 i 2024-kroner. Budsjett 2025 og økonomisk langtidsplan 2026-2029 i 2025-kroner.

Bemanning- og kompetanseplanlegging

Helseforetakene har i innspillene planlagt med en bemanningsøkning på 72 brutto månedsverk i 2026 sammenlignet med estimert bemanningsnivå ved utgangen av året per mars 2025. Bemanningen øker med 1,1 prosent fra estimat 2025 til økonomisk langtidsplan 2029, tilsvarende 785 brutto månedsverk.

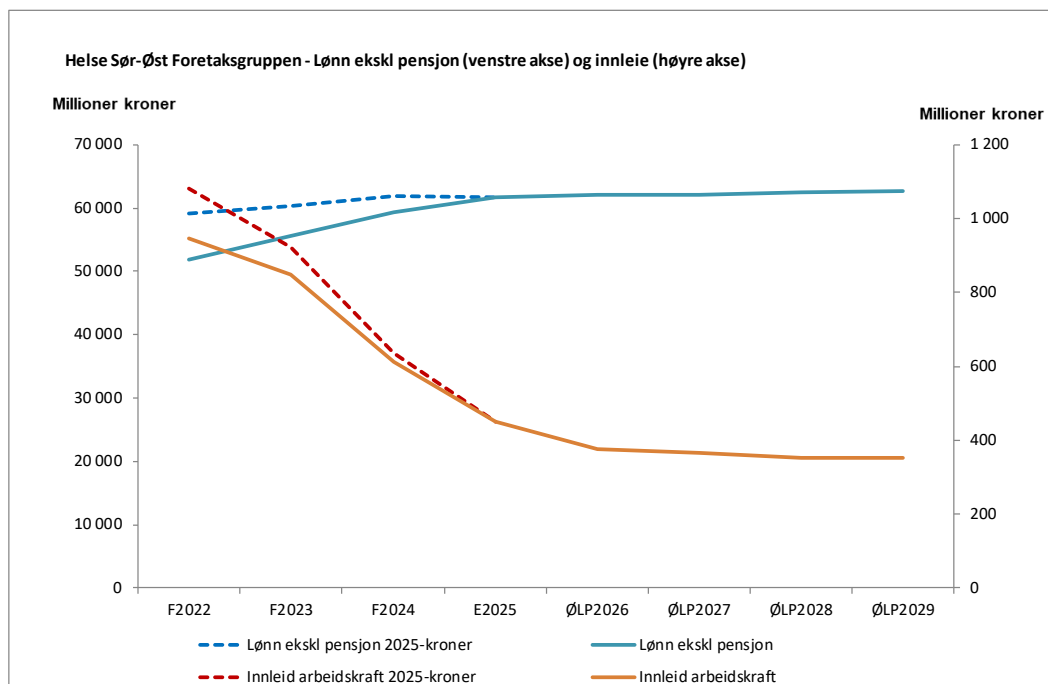


Figur 3 Utviklingen i brutto månedsverk i innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029 sammenlignet med tidligere økonomiske langtidsplaner.

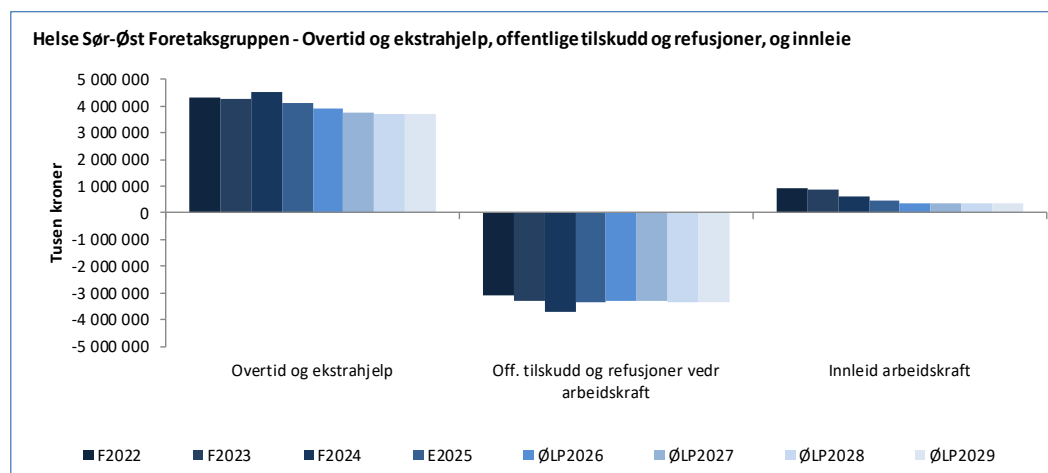
Figur 3 viser utviklingen i brutto månedsverk i økonomisk langtidsplan 2026-2029 og i tidligere økonomiske langtidsplaner. Figuren viser også tidligere års faktiske bemanning og estimat for 2025, der veksten har vært større enn planlagt. Dette henger blant annet sammen med aktivitetsvekst som har vært større enn veksten i bemanning, samt høyere sykefravær.

Kostnader til innleie er i helseforetakenes innspill for 2026 og 2029 redusert med henholdsvis 16 prosent og 22 prosent sammenlignet med estimatet for 2025. Det er samtidig budsjettert med reduksjon i overtid og ekstrahjelp på fem prosent og 9,5 prosent i henholdsvis 2026 og 2029, sammenlignet med estimatet for 2025. Innspillene viser at totale lønns- og innleiekostnader øker med 1,6 prosent fra estimat 2025 til 2029, se Figur 4. Det er samtidig lagt til grunn en reduksjon i sykefraværet, som i innspillene framkommer gjennom en reduksjon i budsjettert offentlig tilskudd. Dette bidrar til forventet lavere samlede lønns-

og innleiekostnader enn hvis sykefraværet holder seg på nåværende høye nivå tross tiltak. Dette er vist i Figur 5.



Figur 4 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon (venstre akse) og innleie (høyre akse) i innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029. Stiplede linjer er justert til 2025-kroner. Heltrukken linje fra faktisk 2022 til 2024 viser nominelle kroner.



Figur 5 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon og innleie i innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029 hvor faktiske tall er nominelle kroner, mens estimat 2025 og økonomisk langtidsplan er reelle 2025-kroner.

Produktivitetsutvikling

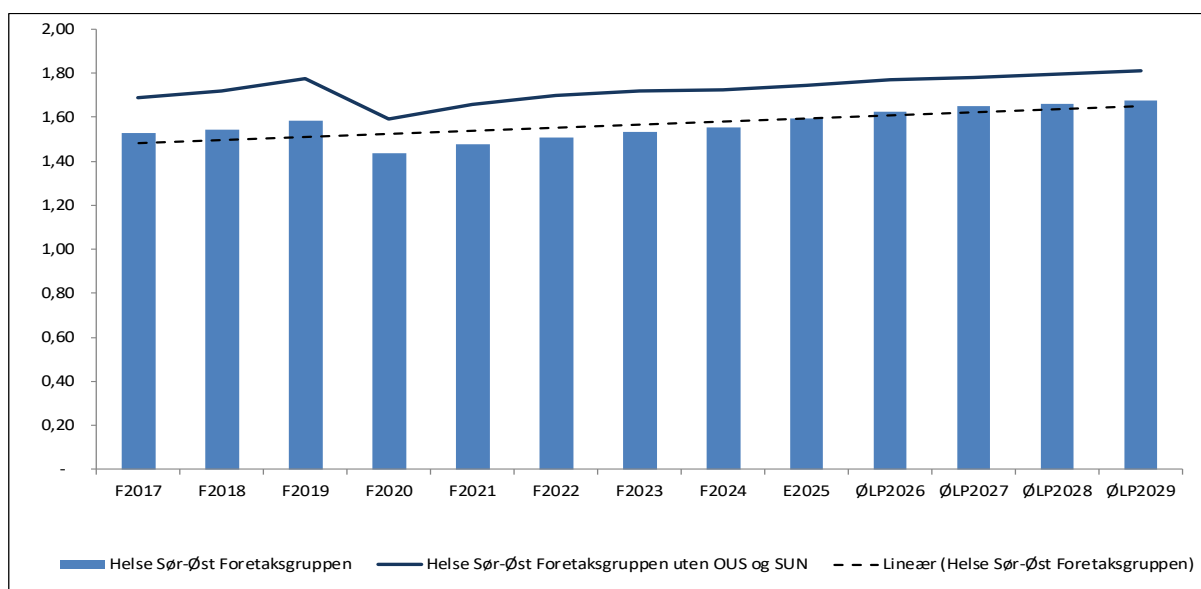
Mål på produktivitet vil avhenge av hvordan man definerer og måler aktivitet og hvilken metodisk tilnærming som brukes. Det finnes ikke ett generelt måltall som er egnet for å måle produktivitetsutvikling for hele spesialisthelsetjenesten. Det pågår og planlegges videreført et høyt investeringsnivå både i bygg og teknologi i foretaksgruppen. Det planlegges en betydelig gevinstrealisering fra disse investeringene, inklusive bedre bruk av

helsepersonell. Et viktig premiss for å realisere gevinstene, er å tilpasse organisasjonene og driftsmodellene til dette. Det vil bidra til å nå målene i regional utviklingsplan om bærekraftige helsetjenester for samfunnet og godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling. Økte investeringer i realkapital gir både muligheter for og forutsetter økt produktivitet.

Mulighetene for økt produktivitet i sykehusene er senest vist i rapporten *Effekten av å fjerne tidstyver i sykehusene (2025)*², som Oslo Economics har utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten inneholder mange tiltak både på kort og lang sikt. Det er ulike anslag av hvor potensialet for tidsbesparelser er størst, blant annet fordi det arbeides mye med forbedringstiltak i helseforetakene, og noen allerede har knepet tidstyver. Helse Sør-Øst RHF vil fortsette arbeide med aktuelle tiltak.

Helse Sør-Øst RHF har over tid benyttet ISF-produktivitet for somatikk³ som produktivitetsmål i de økonomiske langtidsplanene. Helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029 viser en jevn og positiv produktivitetsutvikling ved bruk av dette målet. Se Figur 6.

Økningen i ISF-produktivitet for somatikk i planperioden skyldes at økningen i ISF-aktiviteten er større enn veksten i antall årsverk.



Figur 6 ISF-produktivitet for somatikk med faktiske tall i årene 2017–2024, estimat for 2025 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2026–2029.

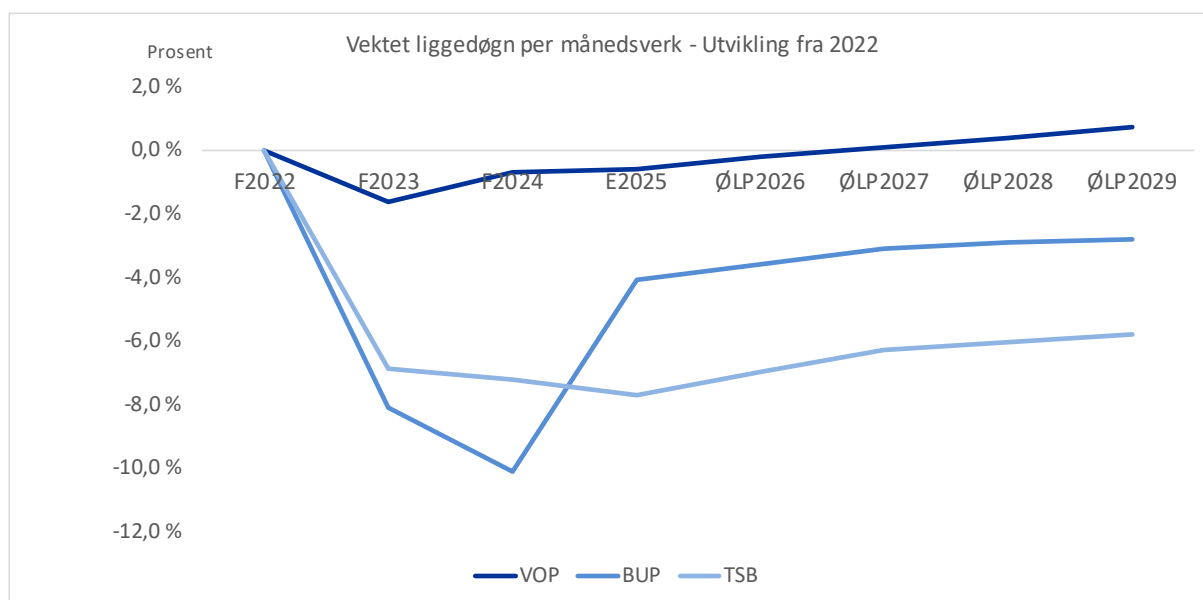
For årene 2020, 2021 og delvis 2022 var driften sterkt preget av koronapandemien. Det ble satt inn ekstra ressurser i samtlige helseforetak for å håndtere den ekstraordinære

² [Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus](#) (2025), Oslo Economics.

³ Arbeidsproduktivitet (ISF-produktivitet) viser forholdet mellom aktivitet (ISF-poeng) og ressursbruk (antall brutto månedsverk). ISF-poengene i disse beregningene omfatter behandling av alle pasienter, herunder pasienter fra andre helseregioner (gjestepasienter). ISF-poengene er videre korrigert for ISF-poeng for legemidler, da disse poengene ikke er direkte knyttet til ressursinnsatsen i pasientbehandlingen i og med at det er egen finansiering av legemiddelkostnadene. 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.

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.

Aktivitetsveksten fra estimat 2025 til 2029 legger opp til økt produktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, se Figur 7 og Tabell 5. I produktivitetensmålet⁴ 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 Figur 7 og Tabell 5. Reduksjonen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2022 til 2023 skyldes i hovedsak endret tellemåte, da flere polikliniske diagnoser ble overført til STG (særtjenestegrupper). Dette medførte en vesentlig reduksjon i antall registrerte konsultasjoner.



Figur 7 Utvikling i vektet liggedøgn per månedsverk for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i foretaksgruppen målt fra 2022. Kjøp fra private og private ideelle sykehus er ikke inkludert.

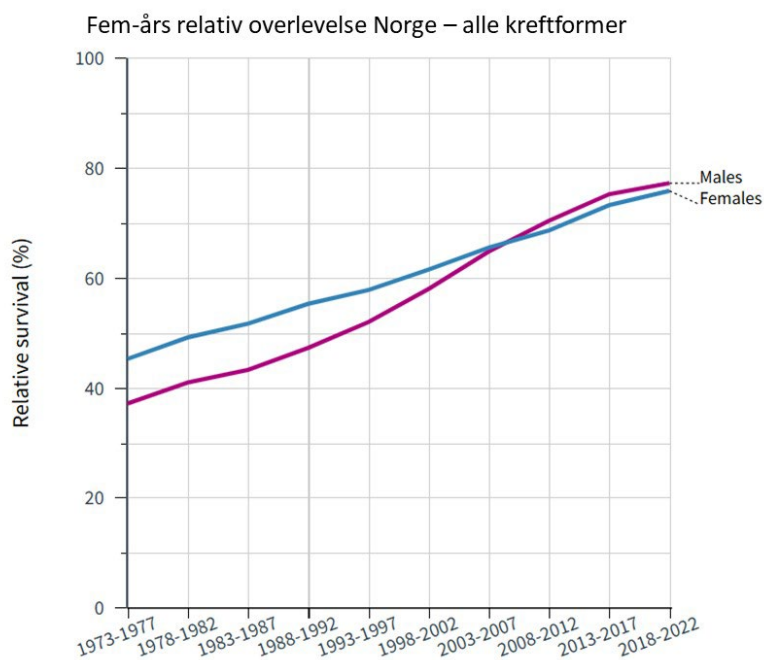
Vektet liggedøgn per månedsverk	2022	2023	2024	E2025	Økonomisk langtidsplan				Endring E2025 – 2026	Endring E2025 – 2029
					2026	2027	2028	2029		
Psykisk helsevern for voksne	60,2	59,2	59,8	59,8	60,1	60,3	60,4	60,6	0,4 %	1,4 %
Psykisk helsevern for barn og unge	43,2	39,7	38,9	41,5	41,7	41,9	42,0	42,0	0,5 %	1,3 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	96,1	89,5	89,2	88,7	89,4	90,1	90,3	90,6	0,8 %	2,1 %

⁴ Produktivitetensmålet 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.

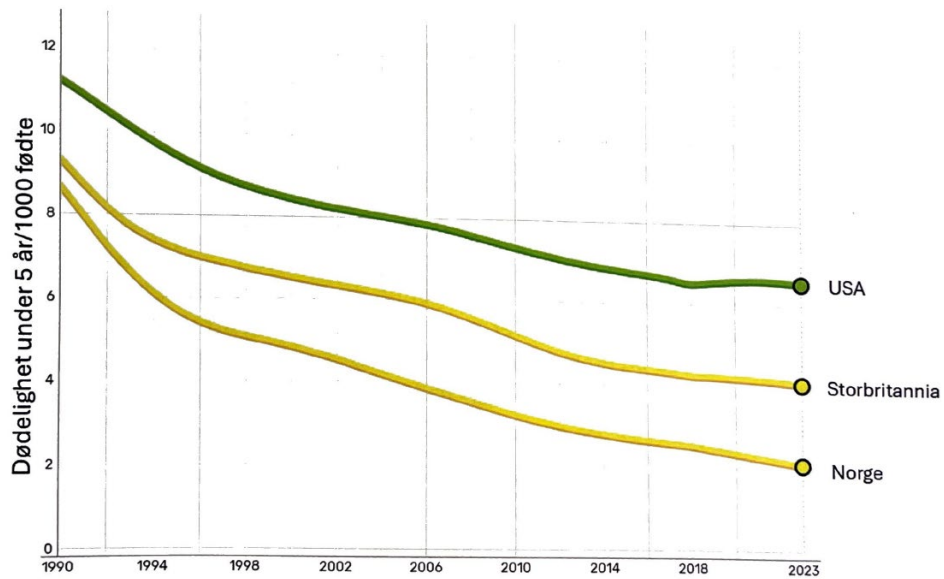
Tabell 5 Utvikling i vektet liggedøgn per månedsverk for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Aktivitet og bemanning hos private ideelle sykehus og private med kjøpsavtale er ikke inkludert.

Kvalitetsforbedring

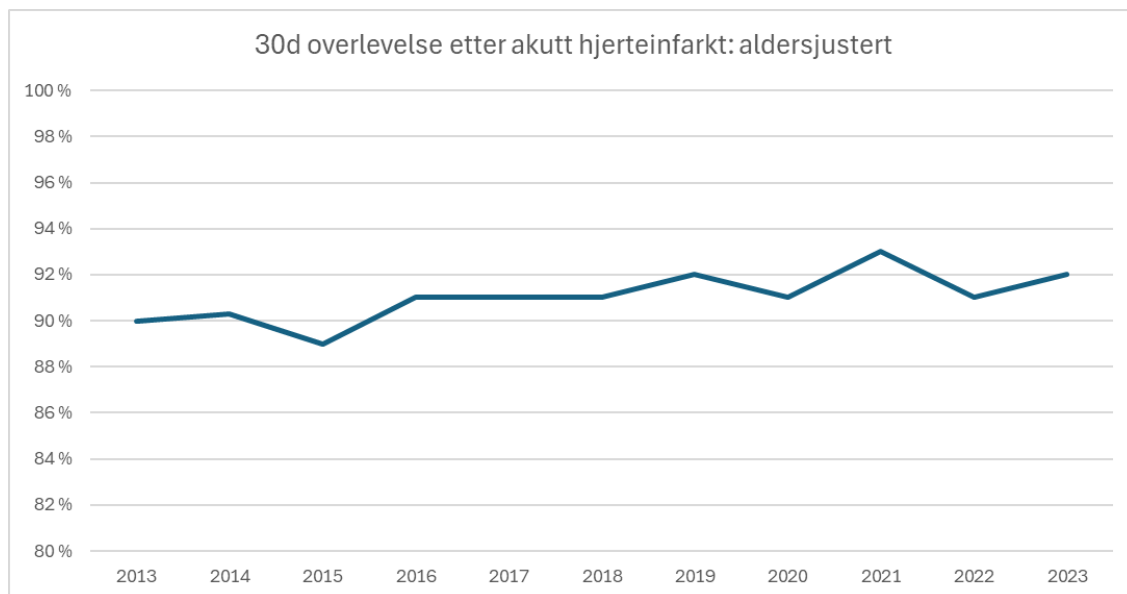
En utfordring med å følge produktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten over tid er at helsetjenesten er i stadig utvikling. Utviklingen innen medisin og teknologi kan gi økt kvalitet i pasientbehandlingen, uten at produktiviteten slik denne blir målt, nødvendigvis øker. Kvalitetskravene i tjenesten utvikler seg også over tid. Økt kvalitet kan imidlertid også vurderes å være økt produktivitet. Det vises blant annet til omtale i sak 054-2025 *Status for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst*. Et eksempel er økt kvalitet i kreftbehandlingen. Figur 8 viser hvordan fem års relativ overlevelse for alle kreftformer har utviklet seg i Norge siden 70-tallet. Figur 9 viser hvordan barnedødeligheten i Norge er redusert fra 1990, sammenlignet med Storbritannia og USA. Figur 10 viser utviklingen i 30 dager overlevelse etter akutt hjerteinfarkt i Norge.



Figur 8 Fem-års relativ overlevelse i Norge - alle kreftformer. Kilde: [nordcan](https://nordcan.no/)



Figur 9 Dødelighet før femårs alder per 1000 fødte i USA, Storbritannia og Norge 1990-2023. Kilde: Gapminder og Paidos (Tidsskrift for Norsk barnelegeforening).



Figur 10 30 dagers overlevelse etter akutt hjerteinfarkt (aldersjustert) 2013-2023. Kilde: Hjerteinfarktregisteret, årsrapporter

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 og nedskrivninger (EBITDA) ⁵:

- Mål om resultatgrad på 2,5 prosent er satt for å kunne reinvestere i arealer, teknologi og utstyr over tid.
- 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 6 viser resultatutviklingen som er lagt til grunn i årets økonomiske langtidsplan.

Resultatutvikling	2022	2023	2024	E2025	Økonomisk langtidsplan			
					2026	2027	2028	2029
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	1 671	1 490	3 166	2 324	1 007	1 375	1 608	2 119
Herav helseforetak med pasientbehandling	700	-189	1 449	873	422	857	1 098	1 511
Herav helseforetak uten pasientbehandling inkl Helse Sør-Øst RHF	970	1 574	1 499	1 469	585	518	510	608

Tabell 6 Resultatutvikling (korrigert for salgsgvinster) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2022–2024, estimat per mars for 2025 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2026–2029. Resultatet i 2024 ble påvirket positivt med 816,2 millioner kroner som følge av engangsbevilgning i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet i desember. De faktiske resultatene i 2022–2024 og estimatet for 2025 inkluderer inntektsføring av resultatbuffer på 700 millioner kroner.

Figur 10 og Figur 11 viser resultatutviklingen for foretaksgruppen i millioner kroner (søyler), samt resultatgrad og EBITDA-margin (kurver), sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. I grafene er salgseffekter tatt ut for bedre å kunne sammenligne de underliggende resultatene. Resultatgraden for foretaksgruppen øker i perioden og er på 1,7 prosent i 2029. Ambisjonen om en resultatgrad på 2,5 prosent nås imidlertid ikke i planperioden. Regional resultatbuffer på 700 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF er ikke innarbeidet med positiv resultateffekt i økonomisk langtidsplan 2026–2029.

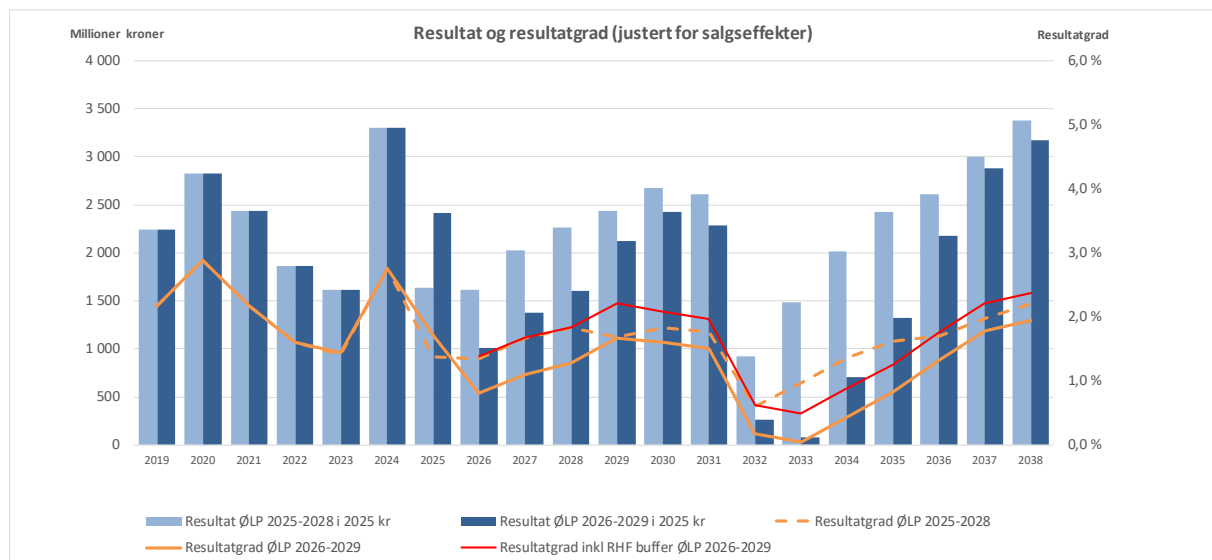
En sammenligning mot de budsjetterte resultatene i økonomisk langtidsplan 2025–2028 viser at resultatambisjonene i sum er redusert i årets innspill. For helseforetakene som har redusert sin resultatambisjoner, er dette blant annet knyttet til økte kapitalkostnader, reduserte inntektsforutsetninger og omstillingsutfordringer som følge av endrede

⁵ 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 salgsgvinster 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 hvor økonomisk god den underliggende driften er.

opptaksområder. Enkelte helseforetak har imidlertid økt sine budsjetterte resultater i perioden. Det vil i budsjettprosessen for 2026 bli vurdert om det er grunnlag for å skjerpe helseforetakenes resultatkrav for 2026, sammenlignet med det som ligger til grunn i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

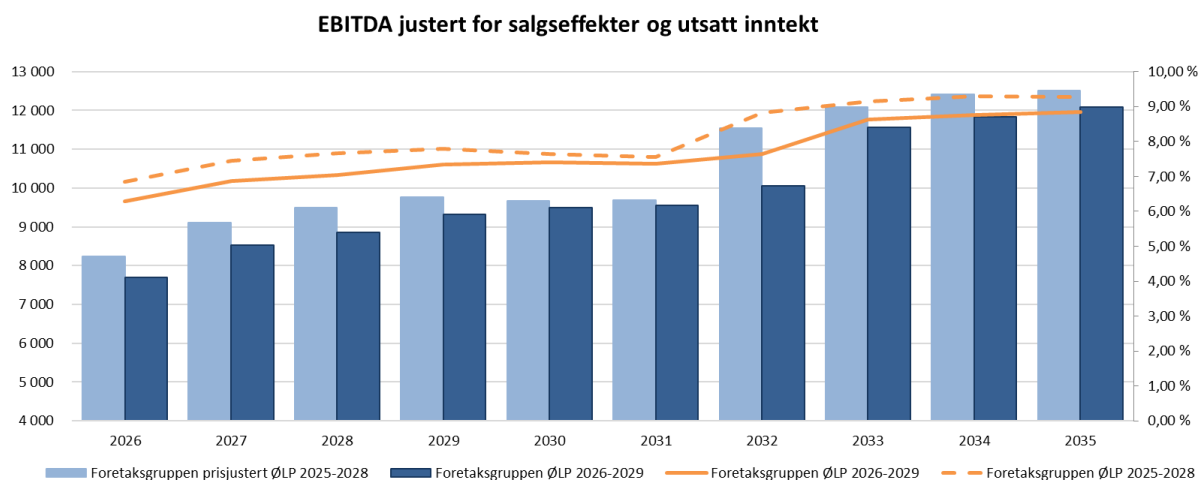
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen - Resultat justert for salgseffekter	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Faktisk / Estimat	1 628	1 490	3 166	2 324	-	-	-	-
ØLP 2023-2026	-	1 432	1 711	1 912	1 733	-	-	-
ØLP 2024-2027	-	-	1 745	2 068	1 602	1 783	-	-
ØLP 2025-2028	-	-	-	1 570	1 548	1 950	1 950	-
ØLP 2026-2029	-	-	-	-	1 007	1 375	1 608	2 119

Tabell 7 Resultatutvikling (korrigert for salgsgvinster) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2022–2024, estimat per mars for 2025 og innspill til de fire siste økonomisk langtidsplanene for årene 2023-2026 til 2026–2029. Tall i nominelle kroner per økonomiske langtidsplan, f.eks. ØLP 2023-2026 i faste 2023-kroner.



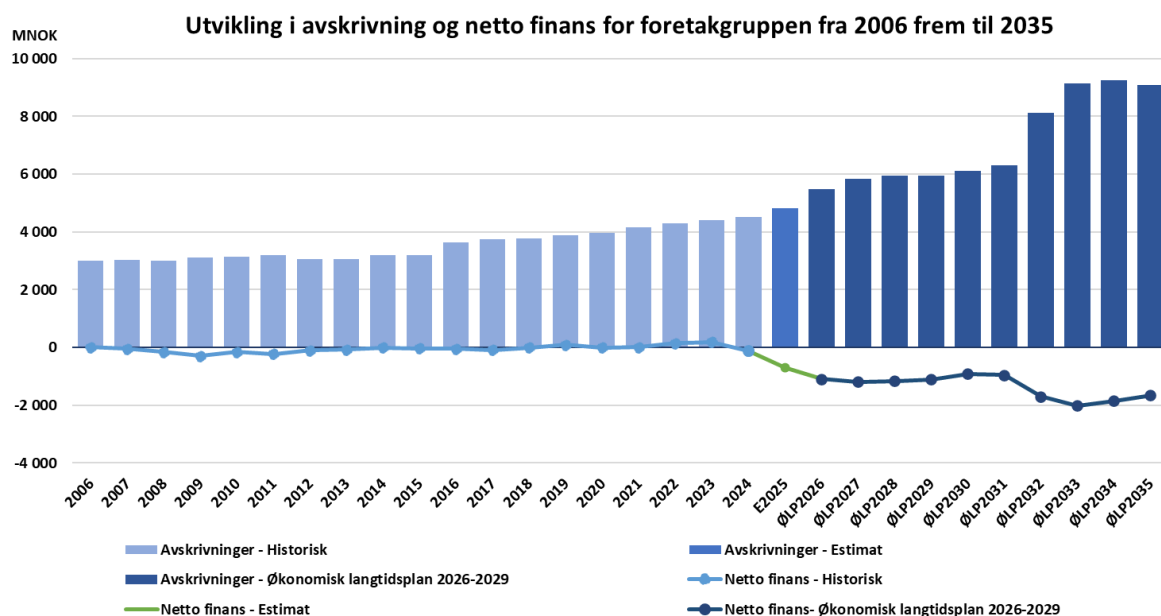
Figur 11 Resultatutviklingen for foretaksgruppen (venstre akse), samt resultatgrad (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2026-2029 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028 (2025-kr).

Samlet sett viser Figur 11 at det er en lavere driftsmargin i planperioden i helseforetakenes innspill i år enn i økonomisk langtidsplan 2025-2028. En del av dette skyldes et teknisk forhold ved at en økt andel investeringer i IKT forutsettes overført fra helseforetakenes byggeprosjekter til Sykehuspartner HF, og dermed endrer klassifisering fra avskrivning til tjenestepreis.



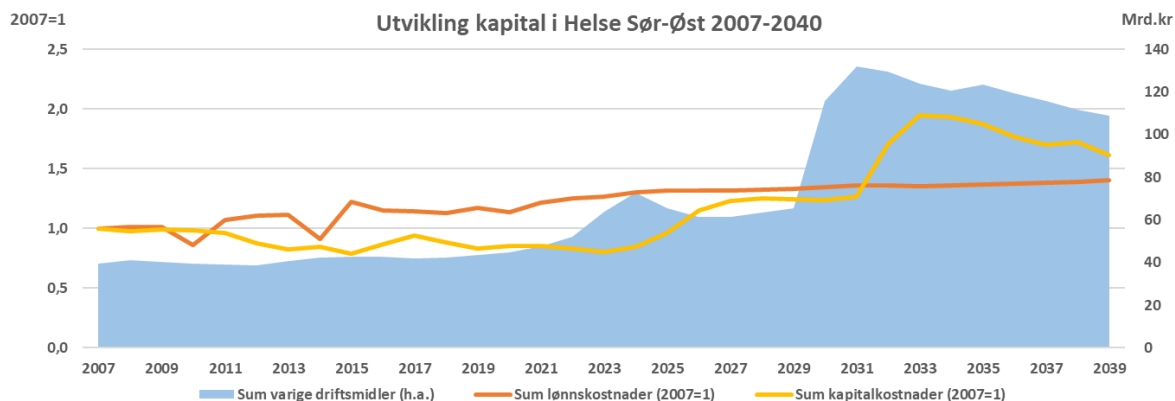
Figur 12 Driftsresultat (EBITDA) for foretaksgruppen (venstre akse), samt EBITDA-margin (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2026-2029 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028 (2025-kr).

Driftsresultatet (EBITDA) skal finansiere kapitalkostnadene, i form av renter og avskrivning. I Figur 13 fremstilles utviklingen i disse størrelsene i foretaksgruppen over nær tre tiår. Det har i reelle termer vært om lag nullvekst i avskrivninger siden 2006, men dette budsjetteres å øke vesentlig ved ferdigstilling av de store prosjektene som er under bygging. Netto renteresultat har vært svakt positivt de senere årene, men snur til en betydelig netto rentekostnad, drevet av lavere bankinnskudd, betydelig vekst i belåningsgrad, samt store pensjonspremieavvik som er finansiert med rentebærende driftskreditt.



Figur 13 Sum avskrivninger og renteresultat Helse Sør-Øst. Faktisk 2006-2024, estimat 2025 og økonomisk langtidsplan 2026-2035. Den store økningen fra 2031 til 2032 skyldes at nye Rikshospitalet og nye Aker vil bli tatt i bruk mot slutten av 2031 og Mjøssykehuset i 2032. Nominelle termer fra 2006 til 2025, deretter faste 2025-kroner/realrente.

Figur 14 illustrerer utviklingen i sum lønnskostnader, kapitalkostnader (renter og avskrivninger) og balanseførte eiendeler for Helse Sør-Øst i perioden 2007–2040. Tallstørrelsene for lønn og kapitalkostnader er prisjustert til 2025-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 ferdigstilling av investeringsprosjekter og økt rentenivå.



Figur 14 Sum lønnskostnader og sum kapitalkostnader (2007=1), samt eiendeler i foretaksgruppen Helse Sør-Øst 2007-2040 (faktiske tall 2007-2024, estimat 2025, og økonomisk langtidsplan 2026-2040).

2.2. Helseforetakenes innspill og regional prioritering – investeringer: 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, økte investeringer i IKT, samt økt nivå på investeringer i bygningsmessig vedlikehold.

Realprisjustering

I økonomisk langtidsplan 2025-2028 ble det innarbeidet en realprisjustering av framtidige investeringspådrag i de regionalt prioriterte byggeprosjektene. Dette som følge av at Prognosesenteret AS anslo en lavere vekst i byggekostnader enn deflator for årene 2025 og 2026. Realprisjusteringene innebar at budsjettprisene som ble oppgitt i økonomisk langtidsplan 2025-2028 for de store byggeprosjektene var noe lavere enn summen av utlegg i årene fra 2025 og fremover.

Oppdatert rapport fra Prognosesenteret AS av 15. februar 2025 ga ikke grunnlag for å realprisjustere investeringspådragene i økonomisk langtidsplan 2026-2029. Som følge av bortfall realprisjustering har investeringskostnadene i årets langtidsplan for regionalt prioriterte byggeprosjekter økt med 2,3 milliarder kroner sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Boks 2 Begrunnelse for realprisjustering.

Helseforetakenes innspill til investeringer ble omtalt i sak 062-2025. Summen av investeringsnivået i innspillene til årets økonomiske langtidsplan er betydelig høyere enn i styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028*. Figur 14 viser samlet investeringsnivå fra helseforetakenes innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen, fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer.

I etterkant av behandlingen av sak 062-2025 har det blitt gjennomført en kvalitetssikring som har gitt mindre justeringer i tallgrunnlaget. Det er også gjort en vurdering av regional prioritering av prosjekter som ikke inngår i tidligere økonomiske langtidsplaner. Vestre Viken HF har i tillegg oppdatert sitt innspill til økonomisk langtidsplan.

Vestre Viken HF sitt oppdaterte innspill tar hensyn til effektene av at nytt sykehus i Drammen etter planen tas i bruk høsten 2025. Det er helseforetakene som eier sykehusbygg i Helse Sør-Øst. Vestre Viken HF vil derfor bære kapitalkostnadene som følge av endelig sluttkostnad for nytt sykehus i Drammen. Helseforetaket er tidligere tildelt planmessig inntektsstøtte for den delen av forventet sluttkostnad for nytt sykehus i Drammen som går utover kostnadsrammen og skyldes eksogene sjokk, og i tillegg til dekning av uforutsette kostnader som er håndtert utenfor styringsrammen. Utover den planmessige inntektsstøtten må Vestre Viken HF bære kapitalkostnadene som følge av endelig sluttkostnad for nytt sykehus i Drammen. Dette vil kreve omstilling av driften og streng prioritering av investeringer. Med nytt sykehus i Drammen følger en betydelig mengde nytt medisinsk utstyr, og om lag 50 prosent av helseforetakets tilstandsgrad 2 og 3 for eiendom bortfaller. Vestre Viken HF har allerede i dag en av de laveste snittaldrene på medisinsk teknisk utstyr i Helse Sør-Øst, og vil etter at nytt sykehus i Drammen blir tatt i bruk, være det helseforetaket i foretaksgruppen med best gjennomsnittlig teknisk tilstandsgrad på sin bygningsmasse. Det vil likevel fortsatt være behov for investeringer i virksomheten, og da spesielt ved øvrige somatiske lokasjoner. Oppdatert innspill viser reduserte investeringer i lokale prosjekter, i tråd med gjeldende likviditetsstyringsprinsipper i foretaksgruppen.

Likviditetseffekten i Vestre Viken HF av et budsjettert negativt resultat i 2026 og i kommende år vil bli finansiert ved utvidelse av helseforetakets konserninterne driftskreditt, som må påregnes nedbetalt på et senere tidspunkt. Dette vil avtales nærmere med helseforetaket. I forbindelse med budsjett 2026 vil det være dialog mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst RHF om det endelige investeringsnivået og eventuelt behov for ekstraordinær inntektsstøtte.

Store byggeprosjekter i innspill til økonomisk langtidsplan

Helseforetakene har i sine innspill innarbeidet regionalt prioriterte byggeprosjekter i tråd med planforutsetningen. Disse ble omtalt i sak 062-2025 og forutsettes videreført i henhold til etablerte planer. Tabell 8 viser oversikt over regionalt prioriterte prosjekter.

Helseforetak	Regionalt prioritert prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt)	Styringsramme (P50) i 2025-kr, milliarder kroner	Gjennomføringsfase		Finansiering, fase per mai 2025
			Oppstart	Tas i bruk	
Akershus universitetssykehus HF	Samling av sykehusbasert psykisk helsevern	1,0	2023	2026 og 2027	Regional, gjennomføringsfase
	Kreft- og somatikkbygg T0	1,8	2027	2029	Regional, avsluttet konseptfase
	Kreft- og somatikkbygg T2*	3,7	2033	2037	Regional, konseptfase
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og nye Rikshospitalet	47,9	2022	2031	Regional, gjennomføringsfase
	Ny sikkerhetspsykiatri	2,1	2022	2026	Regional, gjennomføringsfase
	Livsvitenskapsbygget	1,5	2019	2027	MTU og IKT, gj.føringsfase
		4,6	2019	2027	Finansiell leie (Statsbygg), gjennomføringsfase
	Etappe 2 for nye Oslo universitetssykehus*	7,0	2030	2035	Regional, prosjektinnramming
Sunnaas sykehus HF	Byggetrinn 3	0,6	2027	2028 og 2029	Regional, avsluttet konseptfase
Sykehuset Innlandet HF	Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	19,0	2027	2032	Regional, avsluttet konseptfase
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 1	0,3	2024	2026	Regional, gjennomføringsfase
	Utbygging somatikk Skien, trinn 2-3	1,1	2026	2028	Regional, forprosjekt
Sykehuset Østfold HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	4,4	2027	2031	Regional, avsluttet konseptfase
Sørlandet sykehus HF	Akuttbbygg Kristiansand	1,9	2026	2029	Regional, forprosjekt

* Styringsramme fastsettes i konseptfase, steg 2

Tabell 8 Regionale prioriterte prosjekter i Helse Sør-Øst, helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029.

Enkelte helseforetak har i sine innspill også innarbeidet andre større prosjekter som ikke var innarbeidet i forrige økonomiske langtidsplan, jf. Tabell 9.

Helseforetak	Innspill prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt)	Styringsramme (P50) i 2025-kr, milliarder kroner	Gjennomføringsfase		Finansieringsforslag, fase per mai 2025
			Oppstart	Tas i bruk	
Akershus universitetssykehus HF	Rehabilitering av Kongsvinger sykehus	2,5	2029	2033	Regional, pre-prosjektinnramming
Sykehuset i Vestfold HF	Nytt bygg til erstatning for Larvik (PULS)	0,9	2028	2031	Regional, pre-prosjektinnramming
Sykehuset Østfold HF	Administrasjonslokaler	-	2026	2026	Lokal, avsluttet konseptfase
Vestre Viken HF	Parkeringshus NSD	-	2028	2029	Regional, avsluttet konseptfase

Tabell 9 Nye prosjekter meldt inn i helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029.

I tillegg er det i flere av helseforetakenes innspill omtalt flere større investeringsprosjekter mot slutten av planperioden, men som ikke formelt har startet opp tidligfasearbeidet, jamfør Tabell 10. Disse investeringsprosjektene er i stor grad knyttet til rehabilitering, modernisering og fornyelse av eksisterende bygningsmasse. Prosjektene er håndtert i den regionale prioriteringen og tilpasset inn i investeringsporteføljen i økonomisk langtidsplan 2026-2029. Prosjektene vil bli lagt fram for styret i egne saker på senere tidspunkt i henhold til etablert fullmaktstrukturer.

Helseforetak	Innspill prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt)	Styringsramme (P50) i 2025-kr, milliarder kroner	Gjennomføringsfase		Finansieringsforslag, fase per mai 2025
			Oppstart	Tas i bruk	
Sørlandet sykehus HF	Kapasitets- og funksjonstilpasning bygg, tre faser	7,0	2030	2033 2037 2045	Regional, pre-prosjektinnramming
Sykehuset Innlandet HF	Luftambulansse	0,2	2032	2032	Konseptfase
Sykehuset Innlandet HF	Ombygging Elverum og Tynset iht ny struktur	0,4	2030	2032	Konseptfase

Tabell 10 Øvrige prosjekter i helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029

Regional prioritering og tilpasning av investeringsporteføljen

Regional prioritering i langtidsplanen følger samme kriterier som tidligere:

- Prosjekter i forprosjektfase og gjennomføringsfase videreføres
- Trinnvis utbygging skal utredes for regionalt prioriterte byggeprosjekter

- Framdrift for prosjekter i tidligfase vil primært måtte baseres på kapasitetsbehov framfor bygningsmessig tilstand, og tilpasses regionens økonomiske handlingsrom
- Prosjekter i helseforetaksregi må håndteres innenfor egen økonomi, uten økt bruk av regional likviditet/basisfordring

I regional økonomisk langtidsplan er det gjort enkelte tilpasninger av prosjektporteføljen. De faktiske beslutningene i de enkelte prosjektene fattes ved prosjektenes faseoverganger, og investeringsbeslutning for det enkelte prosjekt vil måtte bli vurdert i lys av hvordan den økonomiske situasjonen helseforetakene og foretaksgruppen er i på beslutningstidspunktet. Beslutninger om å sette i gang nye prosjekter og nivået på planlagte investeringer avhenger av at prosjektene overholder planleggings- og styringsrammer, og at helseforetaket og foretaksgruppen har økonomisk bæreevne, samt av mulighetene for realisering av tomteverdier.

Akershus universitetssykehus HF har spilt inn et rehabiliteringsprosjekt på Kongsvinger sykehus som også innbefatter et nybygg på om lag 600 millioner kroner for operasjonsstuer. Helseforetaket vil gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF for å avklare tilnærming og fremdrift. Prosjektet ligger uendret fra innspillet, men en eventuell oppstart av prosjektinnrammingsfase vil forutsette en helhetlig avveining av økonomien, da helseforetaket i perioden gjennomfører flere prosjekter, har belånt basisfordring med om lag to milliarder kroner og likevel har en forholdsvis lav budsjettert driftsmargin. Det påhviler helseforetakene et ansvar for å sette av tilstrekkelige midler til kontinuerlig vedlikehold og rehabiliteringer. Fremtidig investerings- og kapasitetsbehov ved Akershus universitetssykehus HF må også sees i sammenheng med allerede vedtatte utbygginger i Oslo sykehusområde og Østfold sykehusområde.

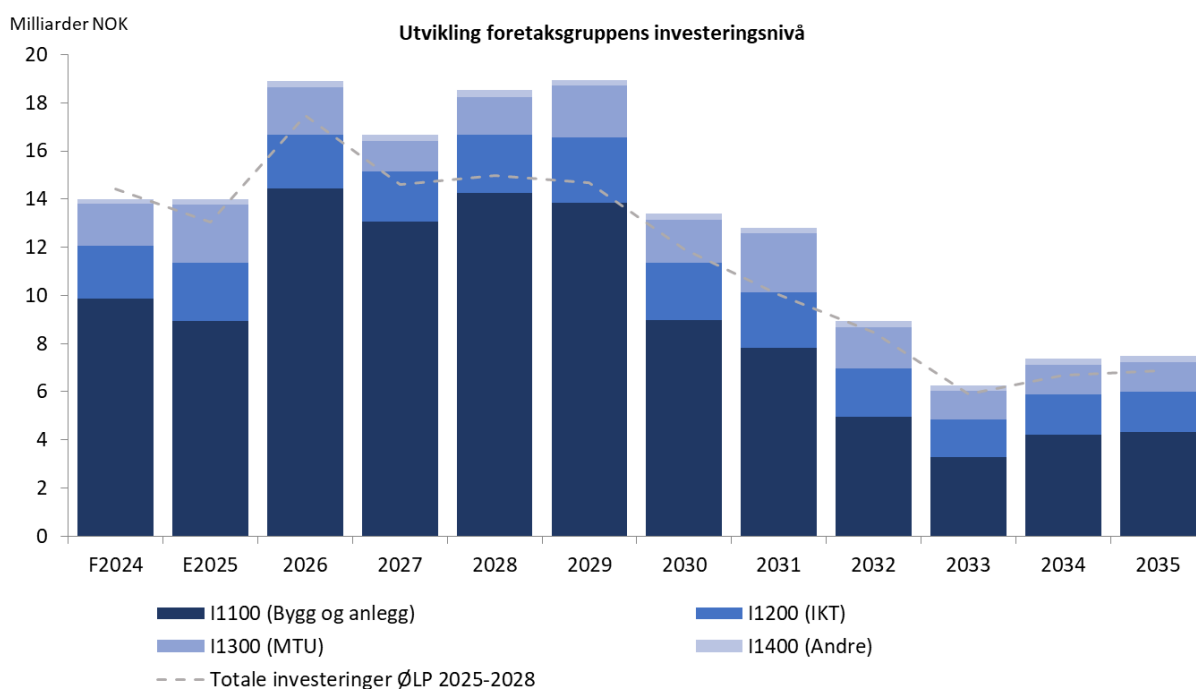
Sykehuset i Vestfold HF la i sitt innspill til økonomisk langtidsplan inn et nytt prosjekt, bygg for Larvik sykehus (PULS) med oppstart i 2027. Oppstart av gjennomføring så nært i tid ville forutsatt at både prosjektinnrammingen og konseptfasen ble ferdigstilt innen utgangen av 2025, inklusive de nødvendige styrebehandlinger. Utredningen vil sannsynligvis kreve mer tid enn helseforetakets innspill la opp til, og oppstart er i økonomisk langtidsplan 2026-2029 forskjøvet til 2028. Det vises for øvrig til egen sak om oppstart av prosjektinnrammingsfase, sak 072-2025.

Sykehuset Østfold HF har spilt inn et prosjekt knyttet til etablering av langsiktig løsning for kontorarealer på Kalnes. Prosjektet er ikke endret fra innspillet.

Vestre Viken HF har spilt inn et investeringsprosjekt for etablering av langsiktig parkeringsløsning i tilknytning til nytt sykehus på Brakerøya. Prosjektet er ikke endret i regional økonomisk langtidsplan. En eventuell gjennomføring av dette prosjektet forutsetter ferdigstilt utredning i helseforetaket og deretter en vurdering og behandling i Helse Sør-Øst RHF, hvor det vil bli lagt vekt på å finne hensiktsmessige og økonomisk forsvarlige løsninger. Inntil videre må midlertidige parkeringsordninger videreføres.

Jamfør tabell 10 har Sørlandet sykehus HF innarbeidet et prosjekt for kapasitet- og funksjonstilpasning med oppstart i 2030. Dette er et prosjekt som ikke har startet utredningsfase ennå, men som også var innarbeidet i fjorårets økonomiske langtidsplan. Dette prosjektet er noe tilpasset i årets langtidsplan, og er lagt tilsvarende som i fjor. Dette innebærer noe redusert omfang de første fire årene.

Etter regional prioritering viser langtidsplanen et investeringsnivå som vist i Figur 14. Samlede investeringer i planperioden utgjør etter regional prioritering 73,3 milliarder kroner. I perioden 2026-2035 er det tatt høyde for et samlet investeringsnivå på 130,1 milliarder kroner. Det årlige investeringsnivået reduseres etter 2031/32 som følge av at store investeringsprosjekter gradvis ferdigstilles.



Figur 15 Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen etter regional prioritering i økonomisk langtidsplan 2026-2029. Investeringene er fordelt på kategori (tall i milliarder kroner, 2025-kroner), sammenlignet med fjorårets langtidsplan (stiplet linje, NB 2024-kroner).

Økningen i investeringsnivået for årene 2026-2035 er på om lag 20 milliarder kroner sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. Økningen kan oppsummeres slik:

- Helseforetakene har gitt innspill på nye prosjekter for 4,2 milliarder kroner.
- Enkelte prosjekter har økning utover indeksregulering gjennom vedtak av nye styringsrammer eller endrede planleggingsrammer. Blant annet omfatter dette endret styringsramme for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (Mjøssykehuset, +4,6 milliarder kroner), stråle- og somatikkbygg Kalnes (+0,3 milliarder kroner), endringer i kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF (+1,0 milliarder kroner til sammen for tre trinn) og mindre endringer som til sammen gir reduksjon på 0,05 milliarder kroner i andre prosjekter. I disse prosjektene er det lite endring i pådragsprofil og periodisering fram til 2035.
- Effekten av endret periodisering – hovedsakelig forsinkelser i prosjekter i gjennomføringsfasen i årene 2025 og 2024 som fordeles ut i perioden 2026-2031 - gir økte investeringer på 1,6 milliarder kroner fram til 2031.
- Indeksregulering øker pådragsprofilen med 4,8 milliarder kroner.

- I fjorårets langtidsplan var det også lagt inn en realprisjustering av prosjekter, noe som ikke gjøres i årets langtidsplan. Dette gir en økning i investeringsbeløpet fram til 2035 på 2,3 milliarder kroner.
- Det er beløpsmessig små endringer på investeringsnivået på IKT i Sykehuspartner HF, men noe variasjon mellom porteføljene i planperioden.
- Lokale prosjekter i regi av helseforetakene har økt med om lag 1,1 milliarder kroner i 2026-2035, og ligger nå på 28,3 milliarder kroner samlet sett.

IKT-investeringer

Totale årlige IKT-investeringer er økende fra om lag 2,2 milliarder kroner i 2026 til 2,7 milliarder kroner i 2029, se tabell 11. Sammenliknet med planforutsetningene i styresak 024-2025 er det økning på om lag 1,2 mrd. kroner i perioden 2026-2029, hvorav 902 millioner kroner i 2028-2029. Dette skyldes i hovedsak at bygnær IKT, som forventes overført til Sykehuspartner HF ved prosjektenes ferdigstilling, nå er inkludert i det samlede investeringsnivået. Andelen bygnær IKT er tilsvarende redusert i de store byggeprosjektenes investeringspådrag. Endringen er størst for nye Aker og nye Rikshospitalet.

Investeringer på dette nivået medfører at IKT-kapitalen øker med om lag 1 590 millioner kroner i perioden 2026-2029.

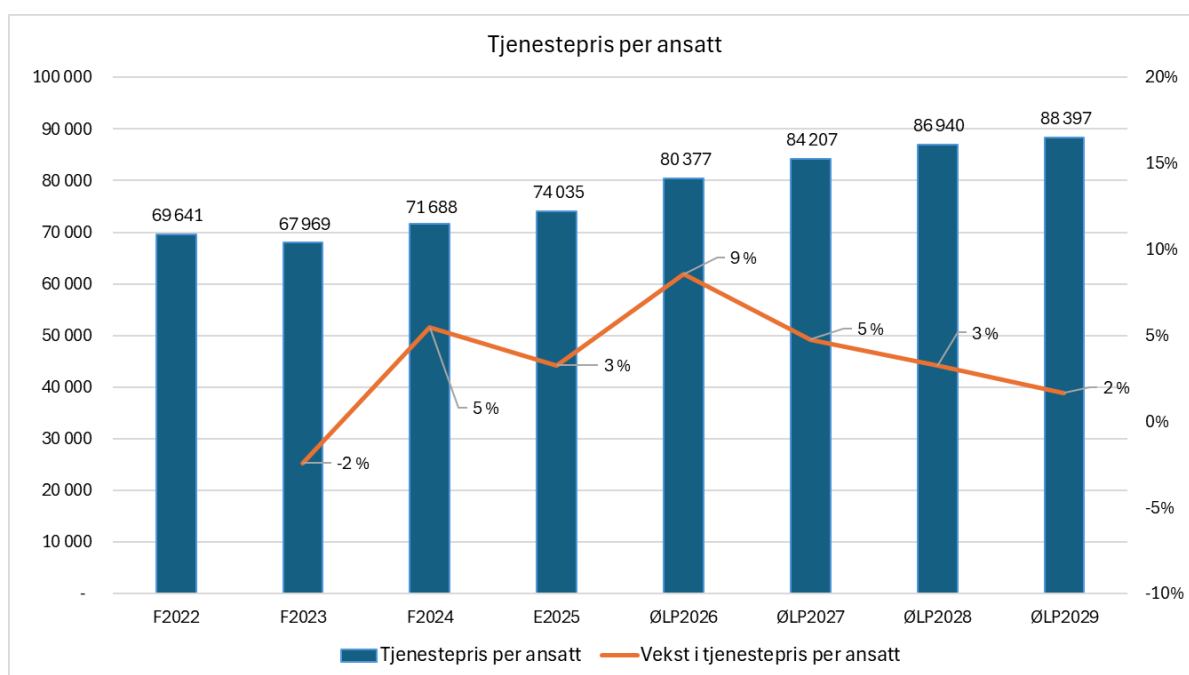
IKT-investeringene i Sykehuspartner HF utgjør om lag 1,6 milliarder kroner årlig i planperioden. Med bakgrunn i Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst og den regionale delstrategien for teknologiområdet (styresak 032-2023), kan det være aktuelt å vurdere en omprioritering av rammen mellom de ulike investeringsporteføljene i Sykehuspartner HF. Den regionale delstrategien er tydelige på hvilke strategiske satsingsområder som skal ligge til grunn framover, med tydelige målformuleringer per innsatsområdet. Dersom målene oppnås, vil det blant annet kunne legge til rette for bedre bruk av helsepersonell og økt produktivitet i sykehusene ved å gi best mulig støtte til kjernevirksomheten, i tråd med identifiserte behov og strategiske føringer på IKT-området. Jf. Tabell 11 er avskrivningsnivået høyere enn investeringsnivået i Sykehuspartner HF i planperioden. Det er likevel samtidig en økning av IKT-kapital knyttet til IKT-investeringer i byggeprosjektene. Avskrivningen på disse investeringene vil først påløpe når byggene er ferdigstilt.

IKT-området investering	F2024	B2025	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
			2026	2027	2028	2029
Regional IKT	833	830	605	605	657	657
Sykehuspartner øvrige	492	424	435	435	435	485
Infrastruktur og teknologiportefølje	360	435	452	352	318	325
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	137	159	149	151	170	167
Sum Sykehuspartner HF	1822	1848	1641	1543	1580	1634
Ikke-byggnær IKT	349	502	479	256	482	626
Byggnær IKT Sykehuspartner HF			79	227	333	404
Sum bygg IKT	349	502	559	483	815	1030
Interregionale samfinansierte prosjekter		15	0	0	0	0
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	30	38	25	25	25	25
Sum IKT-investeringer	2201	2403	2224	2051	2419	2689
Avskrivninger	1391	1653	1845	1870	2035	2043
Sum økt kapital IKT	810	750	379	181	384	646

Tabell 11 Utvikling i investeringer innen IKT-området, endringer i bygg IKT (tall i millioner kroner) og årlig sum økt kapital IKT.

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 tjenesteprisen innen IKT vil øke i henhold til Figur 15 under. Utviklingen fra 2025 til 2026 skyldes blant annet at byggnær IKT for nytt sykehus Drammen tjenesteprises med helårseffekt fra 2026 og økt rentekostnad. 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, realiserte 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.



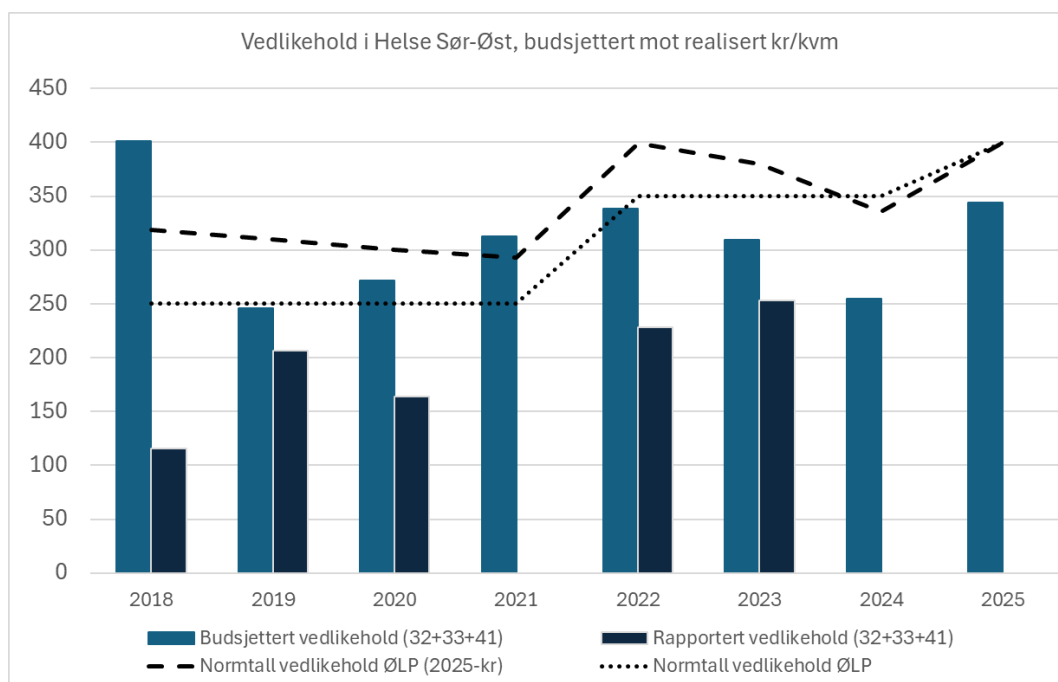
Figur 16 Utvikling i tjenestepreis per ansatt i foretaksgruppen. Basert på Sykehuspartner HF sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2026- 2029 og innspill til bemanning i planperioden (tall i 2025 kroner).

Bygningsmessig vedlikehold

Foretaksgruppen forvalter en eid bygningsmasse på om lag 2,5 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdiene av eiendomsmassen er 34,2 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 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. Det er fortsatt store behov for vedlikehold og tilpasninger av bygninger knyttet til endrede behov i pasientbehandlingen. Sak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen*, påpekte at det ikke avsettes tilstrekkelig med midler til vedlikehold. Styret ba om at det skulle utarbeides et opplegg for bedre styring av vedlikeholdet, og styrets vedtak ba om at følgende momenter blir vurdert:

- Det skal foreligge en plan på mellomlang sikt for vedlikehold som er basert på kriterier for tilstandsgrad og kost-nytte-vurderinger
- Det skal være mulig å overføre budsjettmidler fra et år til en annet.
- Endringer i vedlikeholdsbudsjetter krever styrevedtak i helseforetaket

Det arbeides videre med dette. Styresak planlegges lagt frem i oktober, og endringer vil bli innarbeidet i budsjett 2026.



Figur 17 Vedlikehold av eiendomsmassen i Helse Sør-Øst, budsjetterte midler, realiserte beløp og målsettinger for nivå på vedlikehold. Kroner per kvadratmeter, 2025-kr. Data for realisert 2021 mangler, og det er ikke rapportert for 2024 og 2025 ennå. Vedlikehold består av kostnadspostene 32 vedlikehold, 33 reparasjon av skader og 41 utskiftninger.

Årets økonomiske langtidsplan viser et økt nivå på vedlikehold og utskifting per år for de ulike helseforetakene, i tråd med nivået som ble lagt til grunn i planforutsetningene.

Helseforetak	Vedlikehold og utskifting kr/kvm per år				
	B2025	2026	2027	2028	2029
Akershus universitetssykehus HF	399	616	621	625	630
Oslo universitetssykehus HF	247	309	301	342	407
Sunnaas sykehus HF	436	429	429	429	435
Sykehuset i Vestfold HF	528	247	247	247	247
Sykehuset Innlandet HF	360	416	519	505	607
Sykehuset Telemark HF	361	298	460	460	460
Sykehuset Østfold HF	323	663	658	705	705
Sørlandet sykehus HF	314	334	353	373	393
Vestre Viken HF	599	617	636	655	675
Vektet gjennomsnitt ekskl OUS HF	405	451	494	502	529
Krav til gjennomsnittlig minimumsnivå	400	400	400	400	400
Vektet gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	344	396	419	440	482

Tabell 12 Vedlikehold og utskifting i helseforetakene 2025-2029, innspill til økonomisk langtidsplan 2026-2029 (2025-kr)

Medisinsk-teknisk utstyr

Verdivektet gjennomsnittlig alder var 7,5 år per 1. januar 2025, en økning på 0,1 år sammenlignet med fjoråret. Investeringsnivået i medisinsk teknisk utstyr ligger relativt likt i planperioden sett mot samme periode i fjor. Det vil bidra til å redusere alderen på utstyrsparken i planperioden. Det budsjetteres med noe lavere gjennomsnittlig alder på utstyret i 2029 enn i 2025, blant annet som en følge av ferdigstillelse protosenteret ved Radiumhospitalet, nytt sykehus Drammen og Livsvitenskapsbygget.

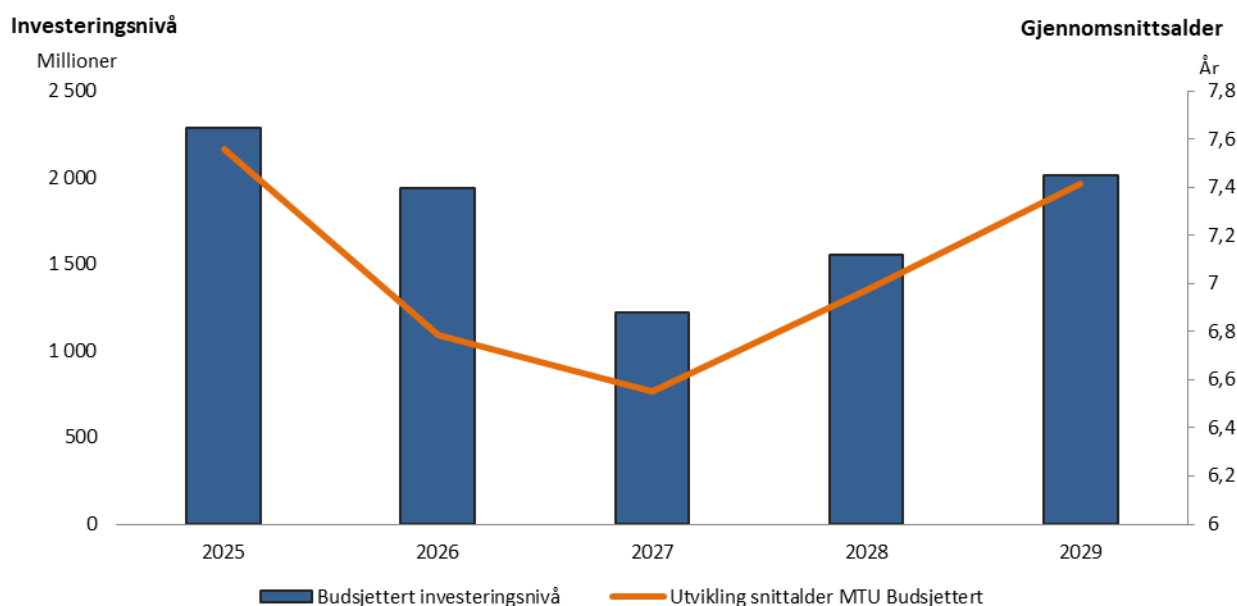
Tabell 13 viser utvikling i verdivektet alder for medisinsk teknisk utstyr for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Siden 2022 har den gjennomsnittlige alderen økt med 0,7 år.

Verdivektet alder medisinsk teknisk utstyr	Anskaffelses- kostnad	2022	2023	2024	2025	Endring 2024 til 2025
Akershus universitetssykehus HF	1 297 789	7,3	6,8	6,9	7,0	↓ 0,0 år
Oslo universitetssykehus HF	4 790 000	7,7	7,7	7,8	7,6	↑ -0,2 år
Sørlandet sykehus HF	854 990	7,8	7,2	6,7	7,1	↓ 0,4 år
Sykehuset i Vestfold HF	941 321	4,5	8,4	8,2	8,1	↑ -0,1 år
Sykehuset Telemark HF	621 067	6,1	6,6	6,7	6,7	↓ 0,1 år
Sunnaas sykehus HF	26 438	8,5	9,5	7,3	8,5	↓ 1,2 år
Sykehuset Innlandet HF	1 496 522	7,4	7,9	8,5	7,9	↑ -0,6 år
Sykehuset Østfold HF	1 080 266	6,0	7,8	8,4	8,6	↓ 0,2 år
Vestre Viken HF	1 637 282	6,1	6,4	6,4	6,4	→ 0,0 år
Vektet gjennomsnitt HSØ	12 745 675	6,8 år	6,8 år	7,4 år	7,5 år	↓ 0,1 år

Tabell 13 Verdivektet alder medisinsk teknisk utstyr for helseforetak i HSØ periode 2022-2025.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at helseforetakene planlegger med et samlet investeringsnivå på 7,1 milliarder kroner til medisinsk-teknisk utstyr i perioden 2026–2029.

Figur 17 viser utvikling i gjennomsnittsalder slik helseforetakene har planlagt i økonomisk langtidsplan 2026–2029.



Figur 18 Investeringsnivå medisinsk teknisk utstyr (MTU) i millioner kroner (stolpe og venstre akse) og verdivektet gjennomsnittsalder (år) målt pr enhet.

2.3. 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 med helseforetakene 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.

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 prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar modellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger.
- 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 eller Livsvitenskapsbygget med Universitetet i Oslo der Oslo universitetssykehus HF inngår leiekontrakt.

Den interne lånemodellen 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. Positive resultater i helseforetakene kan disponeres til økte investeringer eller til nedbetaling av gjeld.

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 på investeringsområdet. Dette inkluderer de store byggeprosjektene, regionale IKT-prosjekter, eventuelle omstillingsbehov mm. Avdrag på langsiktige lån håndteres også innenfor denne ordningen. Helseforetakene bidrar på denne måten med likviditet i et fellesskap for regionalt prioriterte satsningsområder. Denne ordningen gjør det mulig for foretaksgruppen raskere å finansiere større byggeprosjekter og regionens satsning på IKT enn hvis hvert enkelt helseforetak måtte spare til prosjektene i forkant av gjennomføring.

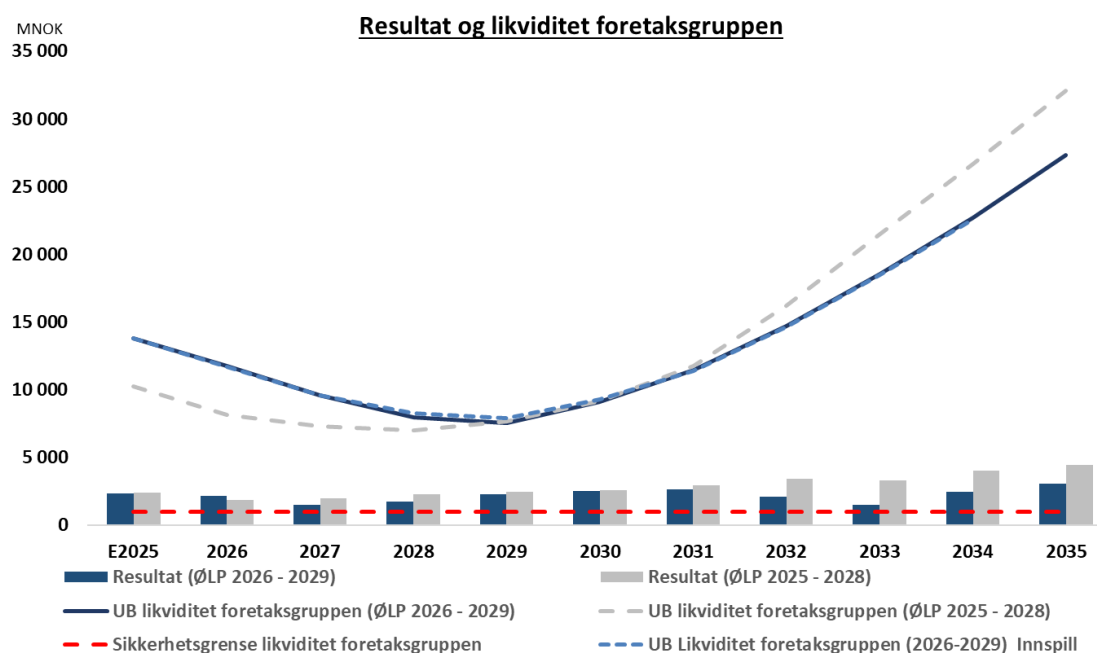
Fordringen som bygges opp hos helseforetakene over tid, tilbakebetales til det enkelte helseforetaket når dette gjennomfører et regionalt prioritert byggeprosjekt. Det beregnes renter av helseforetakenes innskudd eller trekk gjennom denne låneordningen.

For 2025 utgjør fri likviditet fra avskrivninger 4,8 milliarder kroner. Denne likviditeten trekkes inn av Helse Sør-Øst RHF, og disponeres deretter til regionale og lokale formål. Av dette disponeres om lag 0,8 milliarder kroner til avdrag, 1,4 milliarder kroner til lokale investeringer, i underkant av 1,7 milliarder kroner til Sykehuspartner IKT og cirka 0,9 milliarder kroner til egenfinansiering av store byggeprosjekter (det siste utgjør 10 prosent for nye prosjekter etter 2024). Endelige nivåer fastsettes i årsbudsjettene.

Boks 3 Beskrivelse av den konserninterne lånemodellen i Helse Sør-Øst.

Bæreevne etter regional prioritering

Bæreevnen illustreres ved foretaksgruppens planlagte utvikling i resultater og tilgjengelige likviditetsbeholdning (uten buffere). Figur 18 viser utviklingen av resultat- og likviditet etter regional prioritering av helseforetakenes innspill (omtalt i kapittel 2.2.) for regionen (blå linje/ blå søyler) sett mot forrige vedtatte økonomiske langtidsplan (også etter regionale prioriteringer) vedtatt i sak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025-2028*.



Figur 19 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2026–2029 etter regional prioritering, sammenlignet med helseforetakenes innspill og økonomisk langtidsplan 2025–2028 (tall i millioner kroner).

Estimert likviditetsbeholdning ved inngangen til 2026 ligger på et høyere nivå, om lag 3,3 milliarder kroner, sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. Både effekter i 2024 og estimat for 2025 påvirker inngående likviditetsbeholdning 2026 når vi sammenligner langtidsplanene. Endringene skyldes hovedsakelig høyere årsresultat i 2024 (+1,9 milliarder kroner), hvorav om lag halvparten som følge av tilleggsbevilgningene sent på året, høyere estimert årsresultat for 2025 (+0,6 milliarder kroner), men også lavere investeringsnivå enn planlagt (+0,2 milliarder kroner), økt låneopptak (+0,8 milliarder kroner), og nettoeffekten av andre forhold inkludert effekter fra pensjon (-0,3 milliarder kroner).

Økte investeringer på om lag 20 milliarder kroner reduserer likviditeten i langtidsplanen fram til 2035, sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Dette medfører også et lavere årsresultat på 2030-tallet fra økte avskrivninger og økt netto finanskostnad, hvor økt finanskostnad gir likviditetseffekt. Endringer i pådragsprofilen for eksisterende prosjekter og innmeldte nye prosjekter fra helseforetakene forskyver bunnpunktet i grafen til 2029.

Det framgår av Figur 18 at tilgjengelig likviditet vil reduseres fra 2024 til 2029. Tilgjengelig likviditet ligger likevel klart over sikkerhetsgrensen i hele perioden, og illustrerer et visst økonomisk handlingsrom. Minimums likviditetsnivå i 2029 er på om lag 7,5 milliarder kroner, marginalt lavere enn minimumsnivået på 7,9 milliarder kroner som sum av innspill ga og som ble vist i sak 062-2025. Endringen skyldes at de regionale prioriteringene i økonomisk langtidsplan 2026-2029 påvirker tidspunktene for investeringspådrag, og en tilsvarende effekt grunnet kvalitetssikring av periodisering av lån knyttet til

investeringsprosjektene⁶. Minimumsnivået er nær samme nivå som i fjorårets langtidsplan, da dette var 7,0 milliarder kroner i 2028. For årene etter 2030 øker det budsjetterte handlingsrommet. Som følge av den lange tidshorizonten øker imidlertid usikkerhetene, og detaljeringsgraden i helseforetakenes innspill er lavere i dette tidsrommet. Det er usikkerheter knyttet til resultat- og likviditetsframskrivningen, og dette er omtalt i avsnitt om sensitiviteter og risiko.

Kapitalmodeller og likviditetsutvikling i Helse Sør-Øst på 2030-tallet

Etter 2031 og 2032 er de største investeringsprosjektene i Oslo og Innlandet planlagt ferdigstilt. Figur 18 viser økt handlingsrom for regionen i form av økende likviditet. Det er relevant å se på hvordan dagens styringsgrep med bufferoppbygging og intern lånemodell kan vurderes justert. I regionens langtidsplanlegging er premissene for fortsatt å kunne finansiere vesentlige regionalt prioriterte investeringer videreført. Det interne gjelds-/fordringsforholdet mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket (lånemodellen) bidrar til å kunne finansiere til de prioriterte regionale prosjektene inkludert satsning på IKT.

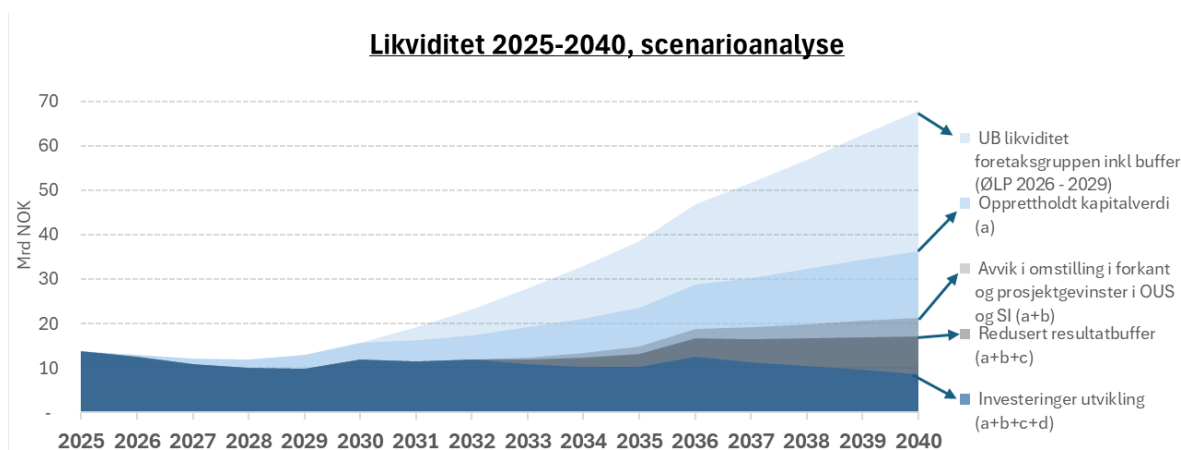
I behandlingen av planforutsetningene i sak 024-2025 ba styret om at det i den kommende behandlingen av økonomisk langtidsplan ble beskrevet ulike scenarier for likviditetsutviklingen utover i planperioden. Videre at det legges til grunn at den regionale resultatbufferen skal reduseres og eventuelt avvikles etter at den store investeringsbølgen er gjennomført.

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 viktig for å opprettholde teknisk tilstandsgrad i bygningsmassen. Det vises her til styrets vedtak i sak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen*, der styret ba om at det legges til rette for bedre forutsigbarhet i planleggingen og realisering av vedlikehold av bygningsmassen.

Figur 19 illustrerer hvordan økt vedlikehold og investeringer til utvikling, reduserte buffere, og lavere enn forutsatt gevinstuttak og omstilling i forbindelse med de store prosjektene vil kunne påvirke likviditeten på lang sikt. Investeringer i utvikling og vedlikehold vil være avhengig av tilgjengelige midler etter driftskostnader. Scenariet er todelt. For det første forventes det et betydelig høyere investeringsnivå enn helseforetakene hittil har innarbeidet

⁶ Helse Sør-Øst RHF mottar årlige låneutbetalinger fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til det enkelte sykehusbyggprosjekt. Midlene fordeles videre fra RHFet som lån/byggelån til det enkelte prosjekt med utgangspunkt i framdriften til prosjektet. Dersom framdriften til prosjektet avviker fra det som ligger til grunn for utbetalingen fra departementet gir det en likviditetseffekt. Dette er med andre ord en periodiseringseffekt. Kvalitetssikringen av beregningene fram mot ferdigstillingen av saken har isolert sett gitt et noe lavere minimumsnivå på likviditeten i 2029 sammenlignet med beregningen i sak 062-2025.

i økonomisk langtidsplan, særlig for perioden etter 2032. Samtidig vil det fortsatt være gjenværende risiko i megaprojektene forbundet med gevinstuttak og omstilling.



Figur 20 Scenarier for likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan, inkl. buffere. Likviditetsframskrivningene er additiv, og ledetekst gjengir tillegg av ny effekt.

Effekter på akkumulert likviditet (mrd. NOK)	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Opprettholdt kapitalverdi	-	-	-	-	-	-2.9	-5.9	-8.9	-11.9	-15.0	-18.2	-21.4	-24.7	-28.0	-31.5
Avvik i omstilling i forkant og prosjektgevinster i OUS og SI	-0.5	-1.2	-2.0	-3.0	-3.9	-4.7	-5.5	-6.7	-7.7	-8.8	-9.9	-11.1	-12.4	-13.6	-15.0
Redusert resultatbuffer	-	-	-	-	-	-	-	-0.5	-1.0	-1.5	-2.1	-2.6	-3.2	-3.7	-4.3
Investering utvikling	-	-	-	-	-	-	-	-1.0	-2.0	-3.1	-4.1	-5.2	-6.3	-7.4	-8.6
Samlet effekt	-0.5	-1.2	-2.0	-3.0	-3.9	-7.6	-11.4	-17.1	-22.6	-28.4	-34.3	-40.3	-46.5	-52.8	-59.3

Tabell 14 Utvikling i likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan. Beløpene inkluderer renteeffekter og er oppgitt i milliarder kroner

Til vurdering av investeringsnivå og opprettholdelse av standard på bygg- og utstyr er det lagt til en økning i investeringene, da nivået i helseforetakenes planer for den perioden var forholdsvis lavt sammenlignet med historiske nivå. Konkret i analysen er det forutsatt et tillegg på 1 000 kroner per kvadratmeter til vedlikehold og utskifting i eksisterende bygg, som ventes å kunne gi en liten forbedring i tilstandsgrad. Nivået tilsvarer om lag 2,5 milliarder kroner per år for foretaksgruppen fra og med 2031. I tillegg forutsettes økte investeringer til medisinsk-teknisk utstyr med 400 millioner kroner per år, for å opprettholde gjennomsnittsalder på utstyrsparken. Inkludert tapte renteinntekter reduserer tiltaket estimert likviditet i 2040 med 31 milliarder kroner, til 36 milliarder kroner.

For lavere måloppnåelse i megaprojektene er det i dette scenarioet lagt til grunn en utvikling der Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF kun oppnår halvparten av planlagt marginforbedring i forkant av byggeprosjektene, samt halvparten av identifiserte driftsgevinster. Beregningene er basert på realiserte marginer per dags dato, og ikke estimatene for 2025. Dette ville svekke likviditeten betydelig, estimert til 15 milliarder kroner i 2040, og dermed ytterligere redusere estimert likviditet i 2040 til 21 milliarder kroner.

Først etter at de største byggeprosjektene er tatt i bruk, og den driftsøkonomiske omstillingen er gjennomført, vil den faktiske risikoen i foretaksgruppen være redusert. For dette forholdet er det i analysen endret på den regionale resultatbufferen på 700 millioner kroner slik at den er redusert til 200 millioner kroner årlig, og differansen tildeles helseforetakene til drift i deres budsjetter. Dersom årlig resultatbuffer reduseres med 500 millioner kroner fra 2033, reduseres estimert likviditet i 2040 med ytterligere fire milliarder kroner.

For å realisere ytterligere effektivitetsgevinster vil det være behov for nye investeringer, blant annet i mer funksjonelle bygg, avansert utstyr, IKT og kunstig intelligens. I Figur 19 forutsettes et årlig investeringsnivå på én milliard kroner fra 2035 innen disse områdene. Dette bidrar til å redusere likviditeten i 2040 med ytterligere ni milliarder kroner. Dersom prosjektene gir bedre resultater enn forutsatt i analysen, eller dersom likviditetsutviklingen av andre årsaker blir mer positiv enn lagt til grunn i Figur 19, vil det kunne åpne for økte investeringer i utviklingstiltak.

Etter at den samlede økonomiske risikoen i foretaksgruppen antas redusert på 2030-tallet, og dersom driftsmarginene oppnås som budsjettet, vil det være anledning til å endre på kapitalfordelingsmodellene. Et hovedpoeng i det vil være at de største strukturprosjektene er ferdigstilt, noe som skaper rom for å legge til rette for mer investeringsmidler styrt lokalt ute på helseforetakene. Videreføring av den konserninterne lånemodellen vil være et nyttig verktøy for å finansiere byggeprosjekter og IKT-satsning i foretaksgruppen også på lang sikt. I dag legges det imidlertid til rette for at helseforetakene anvender om lag 1,4 milliarder kroner årlig i lokale investeringer, inkludert ekstraordinære midler til vedlikehold til og med 2026. Dette nivået kan økes for å gi helseforetakene mer autonomi i vurderingene av hvilke investeringer som skal prioriteres lokalt. Da understøttes den samlede styringen av drift og investeringer på helseforetaksnivået, herunder kravet til vedlikehold av bygg og erstatningsplaner for medisinteknisk utstyr.

Flere av helseforetakene har opparbeidet en driftskreditt som skyldes andre forhold enn endringer i differansen mellom pensjonskostnad og -premie, blant annet negative resultater. Det vil kunne være aktuelt å gjøre en vurdering av nedbetalingsløsninger og mulig samordning med eventuelle fordringer helseforetakene har på morselskapet i den konserninterne lånemodellen.

2.4. Risiko i økonomisk langtidsplan 2026-2029

Utover tilgjengelig likviditet fremstilt i Figur 18 avsettes investerings- og resultatbuffer på regionalt nivå, samt lånefinansieringsbuffer for usikkerhetsavsetning (P85-estimat) for investeringsprosjekter med regionalt lån, se vedlegg 1 figur 6 og 7. Det er kun lånefinansieringsbuffer for prosjektene vedtatt i statsbudsjettene fra 2017 til 2024. Fra 2025 er lånefinansieringen endret til inntil 90 prosent av styringsrammen (P50-estimat). For prosjekter med denne låneandelen vil det dermed ikke være noen buffer i lånefinansieringen til dekning av usikkerhet. Dersom prosjektet realiseres til en høyere kostnad enn styringsrammen, vil dette i sin helhet måtte dekkes av egenfinansiering.

Buffere i økonomisk langtidsplan 2026-2029

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.

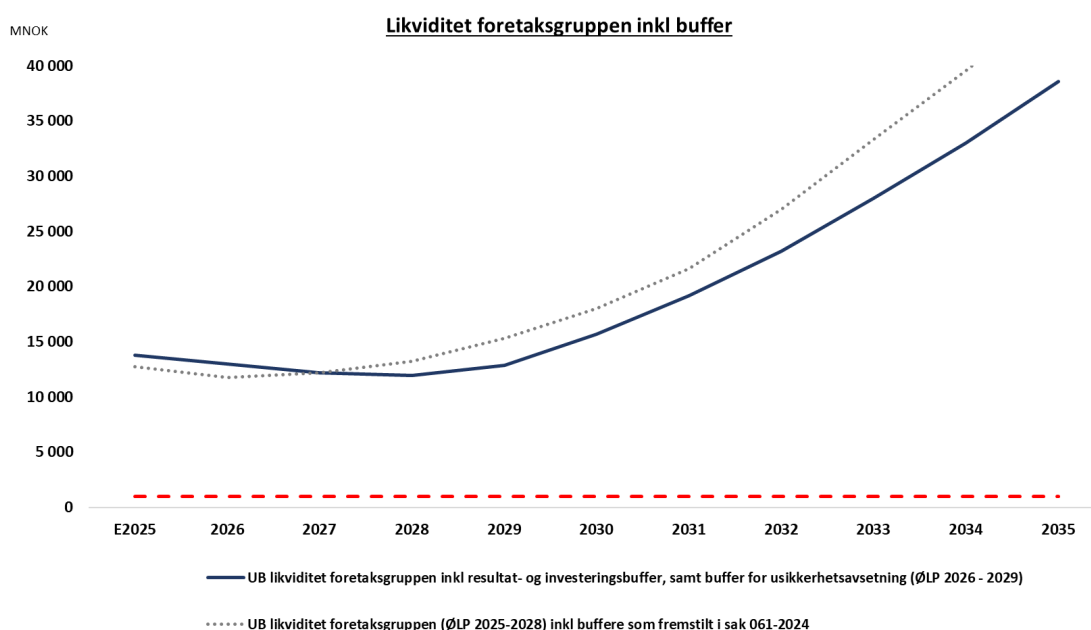
Lånebuffer - Likviditetsmessig buffer fra låneadgangen tilknyttet byggeprosjektenes usikkerhetsavsetning: Låneadgangen var for lån innvilget fram til 2024 basert på kostnadsrammen (P85- estimat). Det gir en tilgjengelig buffer sett opp mot styringsrammer (P50-estimat) som er det som ligger til grunn for budsjetteringen av prosjektene i økonomisk langtidsplan. Bufferen utgjør cirka 2,5 milliarder kroner i 2032 for prosjekter med innvilgede P85-lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, forutsatt at det ikke blir behov for å benytte usikkerhetsavsetningen.

Boks 4 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 2026–2029 er det lagt opp til fortsatt oppbygging av sentrale buffer i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere ulike buffer som sikrer handlingsrommet:

- Investeringsbuffer på 200 millioner kroner årlig. Bufferen reserveres i det regionale helseforetaket. Tillagt renter akkumulert buffer gir dette til sammen 1,1 milliard kroner frem til 2029 og 1,7 milliarder kroner frem til 2032 gitt at bufferen ikke kommer til anvendelse.
- Resultatbuffer på 700 millioner kroner årlig. Bufferen reserveres i det regionale helseforetaket. Tillagt renter akkumulert buffer gir dette til sammen 3,0 milliarder kroner frem til 2029 og 5,4 milliarder kroner frem til 2032 gitt at bufferen ikke kommer til anvendelse.

- Låneuttaket fram til 2024 inkluderer usikkerhetsavsetningen i byggeprosjektene basert på kostnadsrammen (P85-estimat). Dette har gitt en tilgjengelig buffer sett opp mot styringsrammer (P50-estimat). I den økonomiske langtidsplanen legges styringsrammene (P50-estimat) til grunn for budsjettering. Den likviditetsmessige bufferen som følger av differansen opp til kostnadsrammen (P85-estimat) er isolert sett beregnet til å være om lag 2,5 milliarder kroner ved utgangen av 2032, justert for avdrag.



Figur 21 Tilgjengelig likviditet i økonomisk langtidsplan inkludert buffere sammenlignet med fjorårets langtidsplan.

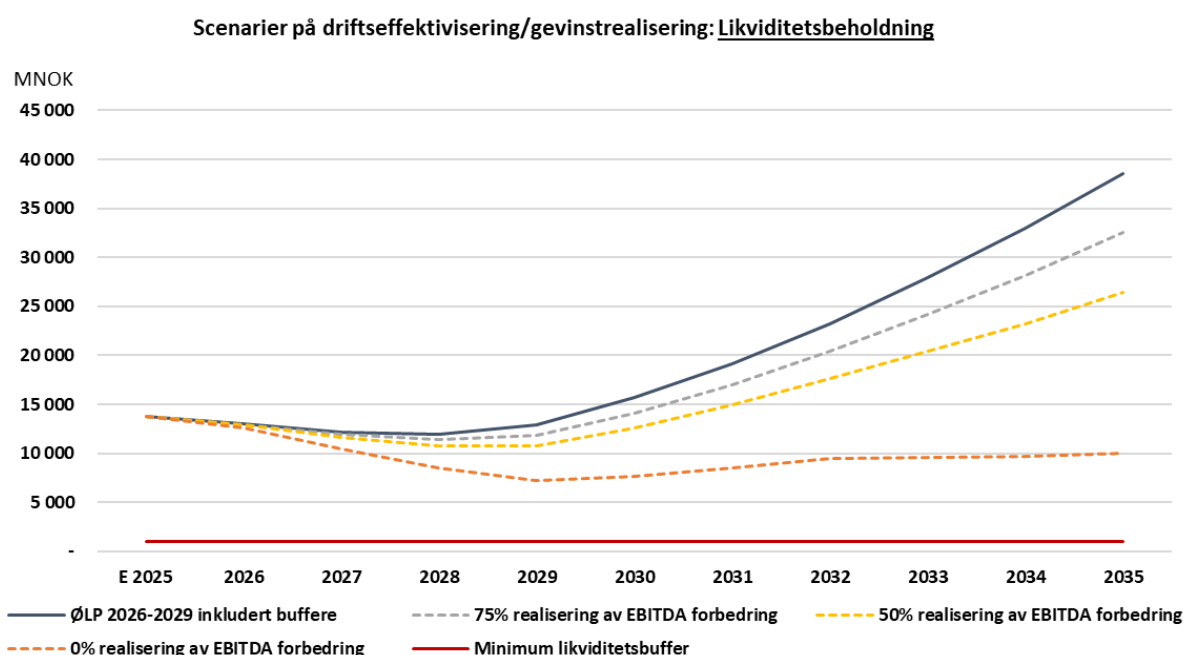
• Oppnå planlagte driftsresultater

Helseforetakene eksklusive det regionale helseforetaket planlegger med noe lavere effektivisering av driften i perioden 2026 til 2035 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. For planperioden 2026 til 2029 anslås en gjennomsnittlig driftsmargin på 6,73 prosent mot 7,30 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Effektiviseringen i det lange bildet er også redusert sammenlignet med i fjor. Det anslås en gjennomsnittlig driftsmargin på 7,99 prosent i perioden 2030-2035, sammenlignet med 8,51 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Foreløpig vurderes det slik at risikoen er størst forbundet med å oppnå den budsjetterte effektiviseringen av drift i 2025-2026, selv om denne risikoen er redusert i forhold til fjorårets langtidsplan. Viktige premisser for å oppnå dette er planene for gevinstrealisering i IKT- og byggeprosjektene, og gjennomgående arbeid med god drift. Hvis målsettingene ikke oppnås, reduseres foretaksgruppens likviditet i de kommende årene.

Figur 21 viser sensitiviteten av manglende driftseffektivisering på framskrevet likviditetsbeholdning. Den heltrukne linjen illustrerer likviditeten inkludert buffere, og de stiplede linjene illustrerer likviditeten med redusert effektivisering. Uten noen effektivisering reduseres likviditeten til et bunnpunkt på om lag 7,2 milliarder i 2029,

sammenlignet med 12,9 milliarder kroner ved full effekt av planlagt omstilling. Dette innebærer vesentlig redusert omstillingsrisiko i forhold til fjorårets langtidsplan. I økonomisk langtidsplan 2025-2028 ble likviditeten redusert til minimumskravet på 1 milliard kroner dersom helseforetakene kun realiserte 19 prosent av samlet omstilling.

Dette skyldes i hovedsak at kravet til effektivisering fra inngangsåret er vesentlig redusert, som følge av lavere forutsatt omstilling og et høyere estimert driftsresultat i første året i planen enn i fjorårets langtidsplan. Helseforetakene som utfører pasientbehandling, estimerer et samlet driftsresultat på 5,1 milliarder kroner i 2025, mot 3,7 milliarder kroner i 2024 i fjorårets langtidsplan.



Figur 22 Sensitivitet for lavere oppnåelse av effektivisering og gevinstrealisering enn planlagt for prosjektene i foretaksgruppen, beregnet ut fra likviditet inkludert buffere.

- **Brå endringer i rente og valuta**

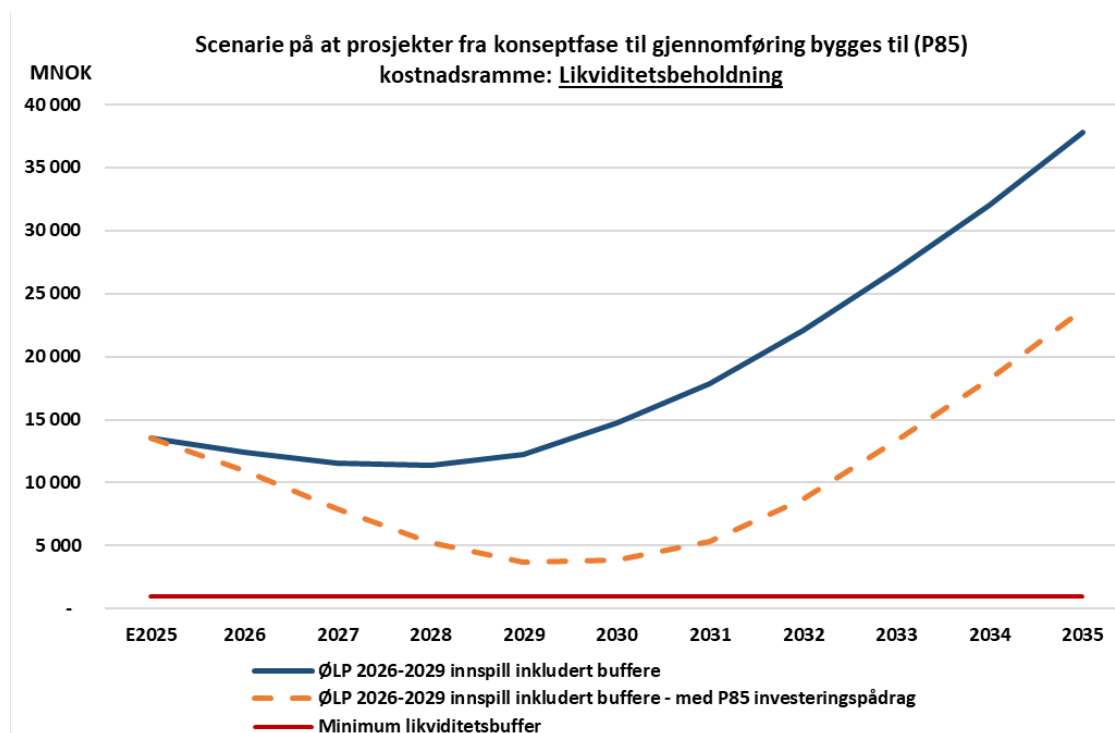
Økt rentenivå og svekket norsk krone virker på kort sikt negativt inn på likviditeten i foretaksgruppen. På sikt forutsettes det at renteøkninger og inflasjon vil motvirkes av økte deflatorjusteringer på statsbudsjettet (langtidsplanen benytter langsiktig realrente), og avdemppe effekten for foretaksgruppen.

Helseforetaksgruppen er inne i en periode med store investeringer, og fluktuasjoner i rentenivå påvirker finansieringskostnaden. Rentekurven har løftet seg (rentene har økt) sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. De langsiktige investeringslånene er 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 som med flytende renter dermed øker rentesensitiviteten i foretaksgruppen. Eksempelvis vil en prosent renteøkning i planperioden øke byggelånsrentene og dermed finansieringskostnaden på byggeprosjektene med 0,3-0,4 milliarder kroner.

- **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. Svekket 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 22 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 11,7 milliarder kroner akkumulert negativ effekt i 2035. 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 23 Sensitivitet for kostnadsøkninger i prosjektene 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).

- **Eiendomssalg**

I analysene og vurderingene av likviditetsutviklingen er det forutsatt av planlagt salg av eiendom skjer på et gitt tidspunkt og til en gitt pris. Dersom disse eiendomssalgene ikke blir realisert i tråd med disse forutsetningene, vil dette isolert sett kunne svekke likviditetsutviklingen og investeringsmulighetene på 2030-tallet.

3 Administrerende direktørs anbefaling

Helse Sør-Øst RHF har siden 2010 årlig utarbeidet økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen. Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å vurdere det økonomiske handlingsrommet for å iverksette tiltak og gjøre prioriteringer for å nå de mål og strategier som gjelder for foretaksgruppen.

Styret vedtok 6. mars i sak 024-2025 planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2026-2029. Helseforetakene leverte sine innspill til planen 22. april, og alle styrebehandlet sine respektive planer innen utgangen av mai. Styret ble orientert om helseforetakenes innspill i sak 062-2025 *Orienteringer om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2026-2029*. Siden styrets behandling har Vestre Viken HF gitt et oppdatert innspill til økonomisk langtidsplan, og det er gjort kvalitetssikring av tallene fra alle innspill, som har gitt mindre justeringer i denne saken. Den regionale planen baserer seg på innspillene fra helseforetakene, samt en regional vurdering og prioritering av investeringer i langtidsplanen.

Administrerende direktør viser til sak 0xx-2025 *Virksomhetsrapporten for mai 2025*. Sammenlignet med budsjett avviker de økonomiske resultatene per mai positivt med om lag 300 millioner kroner. Det er viktig at den positive økonomiske utviklingen fortsetter gjennom året og at inngangsfarten inn i 2026 og resten av planperioden blir god. De positive budsjettavvikene kan i hovedsak tilskrives aktivitet og et bedret finansresultat. Bemanningen målt i antall månedsverk avviker negativt fra budsjett og det er viktig at helseforetakene arbeider systematisk for å få det bemanningsnivået og -utviklingen det legges opp til i planperioden.

Den planlagte aktivitetsutviklingen i somatikk er i tråd med de vekstforutsetningene som lå til grunn, dvs. en årlig vekst på 1,5 prosent. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger den årlige veksten i ISF-poeng rett i underkant av dette. Andre aktivitetsmål viser også vekst i planperioden. Administrerende direktør vurderer at den planlagte aktivitetsutviklingen gjenspeiler befolkningenes behov for helsetjenester i planperioden. Framskrivning av aktivitet oppdateres årlig hver høst, som grunnlag for dimensjonering av sykehusbygg og ivaretagelsen av det regionale helseforetakenes sørge for-ansvaret. Administrerende direktør vil blant annet legge oppdaterte framskrivninger av aktivitet til grunn i en vurdering av samlede investeringsbehov i Stor-Oslo, der ulike helseforetak og sykehus ses i sammenheng.

Administrerende direktør registrerer at helseforetakene har planlagt med en lavere vekst i bemanningen enn aktivitet. Budsjetteringen på bemanningsområdet vurderes som ambisiøs, men realistisk og med rimelige ambisjoner om redusert sykefravær og innleie. ISF-produktiviteten viser en jevn og positiv utvikling i perioden. En positiv utvikling i produktivitet samstemmer med satsingsområdene i regional utviklingsplan om blant annet

nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi. Det planlegges å investere betydelig i bygg og teknologi for å lykkes med dette.

Administrerende direktør vil understreke behovet for oppmerksomhet knyttet til beredskapsarbeid i kommende planperioden. Helseforetakene må i sine beredskapsplaner innarbeide til enhver tid gjeldende nasjonale og regionale føringer.

Resultatutviklingen i perioden skal legge til rette for en bærekraftig økonomi over tid og for å gjennomføre nødvendige investeringer. Helseforetakenes innspill viser at resultatgraden for foretaksgruppen øker i perioden og er på 1,7 prosent i 2029. Ambisjonen om en resultatgrad på 2,5 prosent nås ikke i planperioden. Basert på innspillene øker samlet driftsresultat (EBITDA) jevnt i perioden, men er på et lavere nivå sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Administrerende direktør har høy oppmerksomhet på dette, da dette skal finansiere kapitalkostnadene, i form av renter og avskrivning.

Investeringsnivået i årets økonomiske langtidsplan øker med om lag 20 milliarder kroner sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. Dette er reelt sett en økning på om lag 13 milliarder kroner, da den resterende økningen er knyttet til indeksregulering og at byggekostnadene ikke er realprisjustert i årets plan. Den reelle økningen er i hovedsak knyttet til at det er spilt inn nye prosjekter og at enkelte prosjekter ligger inne med en høyere investeringskostnad enn tidligere.

Administrerende direktør har i årets økonomiske langtidsplan skissert hvordan en likviditetsutvikling kan se mer reell ut utover 2030-tallet. Analysen viser et todelt scenario. For det første forventes det et høyere investeringsnivå enn helseforetakene hittil har planlagt for etter 2032. Samtidig vil det fortsatt være gjenværende risiko forbundet med gevinstuttak og omstilling i megaprojektene i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. Analysene viser risiko for at likviditeten ikke vil øke på 2030-tallet og at den kan reduseres siste halvdel fram mot 2040 gitt ulike forutsetninger. Realisering av planlagte salg er avgjørende for likviditetsutviklingen i foretaksgruppen på 2030-tallet.

Administrerende direktør vurderer at den budsjetterte aktivitetsutviklingen er i tråd med forutsetningen om utviklingen i behov for helsetjenester de neste årene, jf. framskrivningsmodeller som ligger grunn for prediksjon av økt behov for spesialisthelsetjenester framover. Det er planlagt for at den økte aktiviteten skal skje med en produktivitetutvikling som er på linje med utviklingene de siste årene. Det vil fortsatt være behov for en kontinuerlig omstilling i sykehusene for å ha en økonomisk bærekraftig utvikling som legger til rette for gode og likeverdige helsetjenester. Denne omstillingen kan ikke skje uten god involvering av de ansatte, og omstillingen i helseforetakene må ikke gå på bekostning av helseforetakenes evne til å beholde og rekruttere ansatte. De reduserte resultatambisjonene og økte investeringsplanene underbygger behovet for sterk oppmerksomhet på å lykkes med omstillingsplanene i satsingsområdene i regional utviklingsplan som skal bære de store investeringsprosjektene. Administrerende direktør vil vurdere behov for skjerpede resultatkrav i 2026 sammenlignet med som ligger til grunn hos helseforetakene i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2026-2029 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som framgår i saken.

Trykte vedlegg:

1. Økonomisk langtidsplan 2026-2026 – tabellvedlegg
2. Økonomisk langtidsplan 2026-2026 – helseforetakenes innspill

Utrykte vedlegg:

- Lenker til helseforetakenes vedtatte økonomiske langtidsplaner:
 - Akershus universitetssykehus HF – [Sak 31/25 Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2026-29 \(45\)](#) – Behandlet 30. april 2025
 - Oslo universitetssykehus HF – [Sak 31/2025 ØLP 2026-2029 \(45\)](#) – Behandlet 30. april 2025
 - Sunnaas sykehus HF – [Sak 3525 Økonomisk langtidsplan 2026-2045 Resultat-Balanse-Likviditet](#) - Behandlet sak 16. mai 2025
 - Sykehusapotekene HF – Sak 031-25 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026-2029, Finansiell plan 2029-2045 og forutsetning for budsjett 2026 – Behandlet 9. april 2025 U.off. jf. helseforetaksloven § 26a, av hensyn til økonomiforvaltningen
 - Sykehuset i Vestfold HF – [Økonomisk langtidsplan 2026-2029 inkl. status Budsjett 2026](#) – Behandlet sak 22. mai
 - Sykehuset Innlandet HF – [047-2025 Økonomisk langtidsplan 2026 for Sykehuset Innlandet HF](#) – Behandlet sak 27. mai
 - Sykehuset Telemark HF – Behandlet sak 21. mai [Styresaker 2025 - Sykehuset Telemark HF](#)
 - Sykehuset Østfold HF – [Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) for Sykehuset Østfold HF 2026-2029\(69\)](#) – Behandlet 30. april 2025
 - Sørlandet sykehus HF – [Sak 030-2025 ØLP 2026-2029](#) - Behandlet sak 15. mai
 - Vestre Viken HF – [Sak 55/2025 Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2026-2029](#) Behandlet sak 28./30. mai