

# Vedlegg SAK NR 013-2014

## ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2015 -2018. PLANFORUTSETNINGER- VEDLEGG

### 1. Pasientbehandling

Kvalitet og pasientsikkerhet (trygghet) og standardisering av IKT løsning er hovedsatsningene i Helse Sør-Øst sin plan for strategisk utvikling 2013-2020.

Befolkningsprofilen i Helse Sør-Øst forandrer seg i planperioden. Befolkningen øker og antall eldre, innvandrere og mennesker som lever med kreft, kroniske og livsstilssykdommer øker. Befolkningssammensetning varierer mellom sykehusområder og skaper særskilte muligheter og utfordringer for hvert helseforetak (HF). Effekten av en aldrende befolkning blir mest synlig etter 2020, men krever at helsetjenesten forbereder seg i perioden fremover.

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til høyspesialiserte behandlingstilbud, fritt sykehusvalg, mer effektiv organisering, åpenhet, kvalitet og pasientsikkerhet. Lettere tilgang til helseinformasjon gjennom media og internettet bidrar til mer informerte pasienter og brukere. I takt med utviklingen skal helsetjenesten legge til rette for at pasienter, brukere og pårørende skal få en enda mer sentral og aktiv rolle i egen behandling og hvordan helsetjenester utformes, planlegges og struktureres.

Det er betydelige utfordringer innen somatisk spesialisthelsetjeneste med lange ventetider, mange langtidsventende. Økt poliklinisk aktivitet (utredning og behandling) er en viktig nøkkel til å redusere ventetider og antall fristbrudd ytterligere.

Effekten av samhandlingsreformen for spesialisthelsetjenesten i perioden er fortsatt usikker. Det gjelder både i forhold til økonomi og betydning for kapasitetsbehovet på de områder der de kommunale ø-hjelpsplasser skal komme i stedet for akutttilbud i spesialisthelsetjenesten.

Gradvis oppbygging av et døgntilbud i kommunene og usikker effekt for spesialisthelsetjenesten gjør det vanskelig å planlegge for eventuelt reduksjon av egne akutfunksjoner. Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene i tilsvarende omfang.

Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunene med veiledning og kompetansebygging. Det er viktig at helseforetakene bidrar, både ved å tilrettelegge for egne, desentraliserte tjenester og til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Samarbeid om fordeling av pasienter enten til sykehus eller døgntilbud i kommunene vil ha stor betydning for kvaliteten i pasientforløpet, særlig for eldre. Helsepersonell må ha kompetanse innen pasient- og pårørendeopplæring bl.a. for å kunne støtte individuell brukervedvirkning.

## Hovedmålene:

Av de fem målene som foretaksgruppen har fastsatt for perioden frem til 2015, er tre mål direkte relatert til innsatsområde pasientbehandling:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til 3 %
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene har ansvar for å nå målene gjennom egne planer og tiltak. Helse Sør-Øst RHF vil bidra til å sikre måloppnåelse gjennom oppfølging og koordinerende aktiviteter.

## 1.1 Bakgrunn

### Demografisk utvikling

Helse Sør-Øst omfatter om lag 2,8 av landets 5 mill. innbyggere. I følge SSBs prognose<sup>1</sup> forventes befolkningen i regionen til å øke til over 3.0 mill (8,2 %) i perioden 2013 -2018 med relativt stabil årlig vekst. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet Oslo og Akershus henhv. 9,2 % og 6,9 % i perioden 2014 - 2018.

For regionen samlet er det ventet desidert størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden (27,1 %), mens antall over 80 er relativt uendret. Samtidig flater veksten i gruppen 60-69 år ut, som en følge av at de store etterkrigskullene passerer 70 år i ØLP-perioden.

Tabell 1. Antall innbyggere fordelt på sykehusområder 2014-2018

Sykehusområde	2014	2015	2016	2017	2018	% vekst i perioden
Akershus	494 459	503 178	511 765	520 178	528 477	6,9 %
Innlandet	400 002	402 994	406 074	409 189	412 308	3,1 %
Oslo	541 701	554 422	567 115	579 617	591 670	9,2 %
Sørlandet	296 055	300 301	304 633	309 070	313 527	5,9 %
Telemark	172 453	173 553	174 737	175 962	177 208	2,8 %
Vestfold	227 481	230 149	232 887	235 638	238 357	4,8 %
Vestre Viken	473 338	479 536	485 735	491 873	497 879	5,2 %
Østfold	286 251	289 725	293 235	296 774	300 284	4,9 %
I alt	2 891 738	2 933 856	2 976 178	3 018 299	3 059 707	5,8 %

<sup>1</sup> SSB. Mellomalternativ. For Bydeler i Oslo legges tall fra Oslostatistikken til grunn.

Tabell 2. Prosentvis vekst i aldersgrupper og samlet i region HSØ, 2013-2018

	0-5 år	6-12 år	13-17 år	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+ år	Alle
2013	1,2 %	1,0 %	0,5 %	2,2 %	0,6 %	1,6 %	1,5 %	2,0 %	3,4 %	-0,3 %	1,47 %
2014	1,2 %	1,4 %	0,0 %	2,0 %	1,0 %	1,1 %	1,8 %	1,2 %	5,2 %	-0,7 %	1,46 %
2015	1,0 %	2,0 %	-0,4 %	1,8 %	1,3 %	0,7 %	2,0 %	0,6 %	6,1 %	-0,7 %	1,46 %
2016	1,2 %	1,8 %	0,0 %	1,5 %	1,7 %	0,3 %	1,8 %	0,2 %	6,7 %	-0,3 %	1,44 %
2017	1,7 %	1,3 %	0,5 %	1,3 %	1,9 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	6,3 %	0,3 %	1,42 %
2018	2,0 %	1,2 %	0,4 %	1,1 %	2,0 %	-0,1 %	1,8 %	0,6 %	4,9 %	1,0 %	1,37 %
2013-2018	7,98 %	8,14 %	1,15 %	9,48 %	8,06 %	3,51 %	10,02 %	4,52 %	27,13 %	-0,80 %	8,20 %

Helse Sør-Øst er den regionen i landet med høyest andel innbyggere med flerkulturell bakgrunn, konsentrert primært i sykehusområdene Oslo, deler av Vestre Viken og Akershus..

### Utvikling i ventetider og ventende

Målet om å redusere ventetidene til under 65 dager for alle pasienter på alle tjenesteområder er nådd med god margin innen psykisk helsevern (BUP og VOP) og innen TSB. Det er innen somatikk at ventetidene<sup>2</sup> fremdeles er lange og bidrar til høye ventetider totalt.

Det er behov for en relativt høy vekst innen somatikk dersom man skal klare å redusere ventetidene til under 65 dager. I tillegg til en sterkere poliklinisk aktivitetsvekst kan kvalitetsbasert finansiering bli et aktuelt virkemiddel i planperioden, spesielt i forhold til indikatorer som ventetid og fristbrudd.

Ventetid for alle (med og uten rett) er stabil fra 73,3 dager i 2012 til 73,4 dager i 2013. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) er stabil fra 75,0 til 75,1 dager fra 2012 til 2013, og det er en svak økning fra 59,9 til 60,9 dager for rettighetspasienter. Vel 90 % av de som står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for antall langtidsventende, som er betydelig redusert i 2013. Nå er det særlig pasienter uten rett til helsehjelp blant de langtidsventende, og de fleste av disse venter innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer.

For psykisk helsevern er ventetiden for alle (med og uten rett) redusert fra 51,7 til 50,2 dager for psykisk helsevern for voksne og økt fra 48,1 til 50,3 dager for psykisk helsevern for barn og ungdom, fra 2012 til 2013. For psykisk helsevern samlet har rettighetspasienter hatt en ventetidsøkning på 1,5 dager fra 46,0 til 47,5 dager.

For TSB er gjennomsnittlige ventetider for alle (med og uten rett) redusert fra 59,0 dager i 2012 til 57,6 dager i 2013. For rettighetspasienter er det en reduksjon fra 59,4 dager i 2012 til 58,5 dager i 2013. Innen TSB er situasjonen annerledes enn på øvrige tjenesteområder, ved at det er ventetider på innleggelse til døgnbehandling som drar opp. Ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

<sup>2</sup> Gjennomsnitt ventetid for avviklede pasienter.

## Antall nyhenviste

Etter flere år med økning, ble antall nyhenvisninger innen somatikk redusert fra 2012 til 2013 med 0,1 %. Innen psykisk helsevern er det en økning på 3,1 % for psykisk helsevern for voksne og på 0,3 % for psykisk helsevern for barn og ungdom.

Det har i flere år vært en reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB, med en nedgang på 5,3 % i 2013. Årsaken til nedgangen er uklar, men den antas å ha sammenheng med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

## Generelle utviklingstrender

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene i ØLP-perioden 2015-2018 preges av:

- en aldrende befolkning og flere som lever lenge med en eller flere sykdommer
- en høyere forekomst av livsstilssykdommer, kroniske sykdommer, psykisk helseplager og rusavhengighet

Videre vil følgende satsinger / fokus prege perioden:

- forebygging
- kvalitet og pasientsikkerhet
- innføring av nye metoder

## **1.2 Aktivitetsforutsetninger**

Som en planforutsetning for 2015 legges det opp til en aktivitetsvekst innen alle tjenesteområdene på omtrent samme høye nivå som i 2014.

Utfordringsbildet med hensyn til tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester fremstår som mer omfattende innen somatikk enn øvrige tjenesteområder. Mens psykisk helsevern (både barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og voksenpsykiatri (VOP)) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) ligger betydelig under ventetidskrav på 65 dager, har somatikk ventetid betydelig over krav/mål. Dette bildet utfordrer isolert sett forutsetningen om en prioritering av aktivitetsvekst mot TSB og psykisk helsevern.

Bildet er likevel mer sammensatt, og basert på en samlet vurdering og forventninger om føringer fra eier om en fortsatt prioritering av aktivitets- og ressursvekst innen TSB og psykisk helsevern, settes foreløpig følgende regionale mål for vekst i 2015:

- 2,4 % for somatikk
- 2,6 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 2,6 % for psykisk helsevern voksne
- 2,6 % for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)

Det legges videre til rette for en aktivitetsvekst innen somatikk på minst 8 % i perioden 2015–2018. Det enkelte helseforetak vurderer på bakgrunn av dette og føringen om større vekst innen psykisk helsevern og TSB enn somatikk, spesifikk vekst det enkelte år.

Forventet utvikling i befolkning og sammensetning er viktig, og dette må helseforetakene ta hensyn til i sin planlegging av ressursbruk knyttet til kapasitet og aktivitet. Ut fra Statistisk

sentralbyrås framskrivning (middels nasjonal vekst) beregnes forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2014-15 til 1,46 %, i planperioden 4,11 %. Videre vurderes hvor stor vekst utover demografi som kan forventes (realvekst). Realvekst er sum av flere forhold - nye behov, økt behovsdekning, ny medisinsk teknologi, metoder mv. På enkelte områder er det gap mellom behov og tilbud – for eksempel fagområder med lange ventelister. Her må helsefaglige prioriteringer gjøres, men også økt aktivitet må vurderes for at utviklingen skal snus. Angitt vekst er imidlertid ikke tilstrekkelig, og det forutsettes målrettet ressursbruk bl.a. bruk av ekstra kapasitet som resultat av forbedret produktivitet eller flytting av oppgaver til kommuner.

Statsbudsjett 2014 la til rette for vekst i pasientbehandling på ca. 2,6 %. Videre ble det lagt til rette for 6,5 % vekst i poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rus, laboratorie og radiologi. For pasientbehandling omfattet av innsatsstyrt finansiering, la budsjettet til rette for vekst på omlag 1,7 %, hvorav 0,8 % forventes komme i kommunene som følge av etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp- tilbud.

Forutsetningen om vekst i 2015 på 2,4 % innen somatikk er et uttrykk for samlet vekst for alle oppholdstyper. Det betyr at vekst er relatert til antall behandlede/avviklede og ikke ressurser (DRG-poeng). Innen somatikk må foretaksgruppen tilrettelegge for at dagbehandling og poliklinikk øker mest, samtidig som snitt liggetid forventes å gå ned. DRG vekst (“Sørge for”) for 2015 anslås til 1,5 %, hvorav 0,8 % som vekst i kommunene.

Utgangspunkt for vurdering av vekst i 2015 er budsjettet aktivitet 2014 og utvikling/ estimater pr. 1. tertial 2014 når disse foreligger. Med utgangspunkt i kjennetegn som behov, befolkningsvekst og forbruk vil vekst differensieres for hvert sykehusområde. Det vil kunne være forhold som tilsier andre vurderinger inn mot årsbudsjettet for 2015, og om dette vil det være dialog med helseforetakene. Endelig budsjett 2015 må skje i henhold til forutsetninger i statsbudsjettet 2015.

### **1.3 Utdypende om tjenesteområdene**

#### **Psykisk helsevern**

I Helse Sør-Øst er psykisk helsevern et prioritert satsingsområde. Feltet skal styrkes i tråd med Opptrappingsplanens mål og intensjoner.

Sykehusfunksjoner skal spesialiseres ytterligere, og DPS utvikles til robuste faglige enheter med akuttfunksjon, som veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Ambulante funksjoner, inklusiv ambulante akutteam, skal fortsatt styrkes både for å redusere antall selvmord, bruk av tvang, øke samhandlingen og skape helhetlige behandlingsforløp, samt sikre tidlig intervensjon i en sykdomsutvikling. Helseforetakene og de drøyt 500 avtalespesialistene (psykiatere og psykologer) må i økende grad samarbeide, for å styrke det samlede polikliniske tilbudet.

Psykisk helsevern skal i størst mulig grad baseres på frivillighet. Det legges til rette for frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det. Andel tvangsinnleggelse og tvangsbehandlingstiltak skal reduseres i henhold til regional og lokale planer for bruk av tvang. Føringer gitt i ”Regional plan for økt frivillighet” skal gjennomføres i tråd med lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang.

Det skal være et særskilt fokus på god traumebehandling, voldsrisikovurderinger, samt tilgjengelige ressurser og kapasitet innen akutt og sikkerhetspsykiatri "nivå 2" i alle helseforetak/sykehus. Helse Sør-Øst har fokus på den samlede kapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien i regionene.

Videre må det settes av tid og ressurser til etableringen av OCD-team i alle helseforetak/sykehusområder i henhold til føringer og oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet.

Videre forutsettes det i perioden 2015-2018 at:

- ✓ helseforetakene og sykehusene styrker arbeidet med å forebygge selvmord og reduserer bruk av tvang
- ✓ Forbedring av kvaliteten på registrering og rapportering av pasientdata innen psykisk helsevern er et lederansvar på alle nivåer i Helse Sør-Øst.
- ✓ Midlene tildelt gjennom Opptrappingsplanperioden skal fortsatt sikres fagområdet, og sektoren skal styrkes i tråd med faglige føringer og vedtak i styresak 061/2010.

### Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)

De samlede aktivitetstallene for 2013<sup>3</sup> viser en nedgang i antallet liggedøgn på 0,6 %, i antallet utskrevne pasienter(døgnbehandling) var det en økning på 0,6 %, i antallet polikliniske konsultasjoner var det en økning på 0,1 % og i antallet dagopphold en økning på 32,5 %. Selv om det i 2012 ble gjort en endring av aktivitetsregistreringen på døgnbehandling ved de private avtalepartene som kompenserer noe av nedgangen i antallet oppholdsdøgn, var det samlet sett en nedgang i aktiviteten innen TSB i 2013 sammenlignet med 2012. Helse Sør-Øst RHF har iverksatt en analyse av årsakene til nedgangen.

Det var i 2013 små endringer i den samlede ventetiden selv om ventetiden gikk noe ned hos private avtaleparter. Det er særlig yngre pasienter med behov for langtidsbehandling og pasienter med psykiske lidelser og rusmisbruk som venter lenge på døgnbehandling.

Nedgangen i aktiviteten tilsier sammen med prioriteringspålegget i Oppdragsdokumentet for 2014 fra HOD at TSB bør prioriteres også i økonomiplanperioden. Helse Sør-Øst RHF er i Oppdragsdokumentet pålagt å øke antallet døgnbehandlingsplasser med om lag 110 plasser for følgende pasientgrupper:

- Pasienter med samtidig rus – og psykiske lidelser
- Pasienter med behov for akutt- og abstinensbehandling
- Gravide eller småbarnsfamilier med rusproblemer
- Unge med omfattende hjelpebehov
- Langtidsplasser for rusavhengige

Helse Sør-Øst RHF er i tillegg pålagt å gjøre et tilleggskjøp for til sammen 137 mill. innen fagområdene psykisk helsevern, rehabilitering og TSB. Dette tilleggskjøpet vil innen TSB skje gjennom en utvidelse av dagens avtaler, mens økningen på 110 døgnplasser vil skje gjennom en ordinær anskaffelse etter del 1 av Lov om offentlige anskaffelser. Det ble i forrige anskaffelsen i 2012 lagt om fra tidsbegrenset til løpende avtaler, noe som bidratt til et tettere

---

<sup>3</sup> Basert på tall tom. November 2013 sammenliknet med samme periode året før

og mer fleksibelt samarbeid mellom leverandørene, og mellom leverandørene og helseforetakene og kommunene før under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Den nye spesialiteten i rusmedisin vil iverksettes i 2014. Det er viktig at både helseforetakene og de aktuelle private leverandørene legger til rette for utdanning innenfor den nye spesialiteten og søker godkjenning som utdanningsinstitusjon for å kunne etablere utdanningsstillinger.

### Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal styrkes som regionalt satsningsområde, noe som skal gjenspeiles både i utviklingen av behandlingstilbudene, i Oppdrag- og bestillerdokumentene til helseforetakene og i forskningsstrategien for regionen jf. styresak 044-045/2010. Det har i flere år vært en trend at deler av sykehusenes aktiviteter blir ”usynlige”, for eksempel ved at tidligrehabilitering inngår som en integrert del av sykehusenes akuttbehandling.

Det er vedtatt at en flerårig plan for kapasitetsbehov utarbeides på basis av sykehusområdenes områdeplaner og regionens samlede sørge-for ansvar og med bakgrunn i behovsvurderingen i anskaffelsen. I 2014 er det således budsjettert for et kjøp av rehabiliteringstjenester i overkant av 950 mill.kr..

I forbindelse med inngåelse av nye avtaler fra 1.1. 2015 skal det inngås løpende avtaler. Behovet for tettere kontakt og bedre oppfølging med avtalepartene skal sikre kvalitet og at behandlingstilbudet utvikles og endres i takt med regionens behov.

Helse Sør-Øst RHF skal tilby et tilstrekkelig habilitering/rehabiliteringstilbud til barn og unge med alvorlig skade, inkludert barn med medfødt eller ervervet hjerneskade. Det skal være bedre dekning for livsfaseovergangene fra ungdom til voksen med fortsatt behov for habilitering og rehabilitering, for å sikre et mer likeverdig tilbud.

Det er vedtatt at tjenestetilbudet til barn og unge med funksjonsnedsettelse og/eller kroniske sykdommer skal videreutvikles i et nært samarbeid mellom barneavdelingene, BUP og HABU på pasient- og systemnivå.

Økonomisk støtte til alternative, utenlandske behandlingstilbud vurderes avvirket i løpet av tre år og erstattet av norske intensivtilbud i spesialisthelsetjenesten. Det vil i en etableringsperiode kreve ekstra ressurser på HF nivå og til oppbygging av et nasjonalt tilbud.

Som et ledd i god virksomhetsstyring vil arbeidet med å få bedre styringsinformasjon, både med hensyn til aktivitet, og kvalitet videreutvikles, Dette vil i første omgang belyses gjennom arbeidet med prosedyrekodeverket NCMP og ulike standard metodeverktøy for effektmåling innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

### Somatikk:

Utfordringsbildet bekrefter at innen somatisk virksomhet trengs det et fortsatt fokus på reduksjon av ventelister, antall langtidsventende og fristbruddspasienter med samtidig bedring av nasjonale kvalitetsindikatorer.

Andel fristbrudd viser en jevn nedgang fra 12,6 % 2009, 7,7 % i 2012 og 7,1 % i 2013 (tom nov.). Det er et uttalt mål at fristbrudd skal unngås.

Det er forventet at samhandlingsreformen vil gi nedgang i antall innleggelser og liggedøgn på sykehus for pasienter med kroniske sykdommer. Frigjøring av liggedøgn og sykehussenger gir muligheter for omstilling innenfor spesialisthelsetjenesten. For å oppnå reduksjon i ventelister og fristbrudd (for nyhenviste) bør ledig kapasitet brukes til å øke poliklinisk aktivitet – særlig innenfor fagområder med mange fristbrudd og lange ventetider. Behov for raskere poliklinisk utredning av pasienter med symptomer som gir berettiget mistanke om alvorlig sykdom, krever økt aktivitet innen radiologi og andre medisinske støttefunksjoner. I perioden 2015-2018 forutsettes en fortsatt prioritering av aktivitetsveksten mot følgende fagområder:

- Utredning, behandling og oppfølging av kreft og annen alvorlige sykdommer
- Poliklinisk vurdering/behandling
- Sekundær forebygging og oppfølging ved alvorlig livsstilssykdommer

Når kommunene overtar flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, skal sykehusene drive mer spesialisert virksomhet, men samtidig veilede og støtte kommunene i forhold til både behandling og forebyggende arbeid.

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

Helse Sør-Øst RHF skal sikre gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter, i tråd med Nasjonal kreftstrategi (2013 -2017) som er lagt til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Funksjonsfordeling av kreftkirurgien og skal evalueres årlig med hensyn til faglige forutsetninger og minimums behandlingsvolum for å beholde en funksjon.

### **Diagnostikk og utredningstjenester**

Radiologitjenester gis både gjennom egne helseforetak og ved at regionen kjøper tjenester hos private tilbydere. I hovedsak kjøpes polikliniske tjenester. Radiologi- og patologi- kapasiteten gir fortsatt betydelige flaskehals innenfor somatisk pasientforløp, og fører bl.a. til forlengede og oppstykkede ventetider. HOD har i oppdragsdokumentene for 2013 og 2014 forutsatt at den polikliniske radiologiske kapasiteten i regionen skulle øke med 6,5 % hvert år, og RHFet må sikre at dette er effektivt og følges opp.

I tillegg pågår det et nasjonalt arbeid om organisering og effektiviseringsmuligheter innenfor laboratorie- og billeddiagnostiske tjenester. Det er behov for å styrke utdanning og kapasitet innen patologifaget. På dette fagområdet er det også begrenset kapasitet hos private aktører.

### **Livsstilssykdommer**

Det er fortsatt et behov å øke kapasitet til å behandle pasienter med sykkelig overvekt og postbariatrisk kirurgi og til utredning og behandling før og etter kirurgi. Livsstilsbehandling for de som er sykkelig overvektige må eventuelt dekkes av spesialisthelsetjenesten i påvente av at tilstrekkelige tilbud etableres i kommunen. Det utarbeides en regional plan (strategi/veileder) for behandling av pasienter med sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten for perioden 2012 – 2015. Helseforetakene må ha et tverrfaglig poliklinisk behandlingstilbud og et lærings- og mestringstilbud for denne pasientgruppen.



Helseforetakene og sykehusene må samtidig utvikle pasientforløp som hensyntar at stadig flere lever lenger med kreft og annen alvorlig kronisk sykdom. Dette stiller krav til samhandling og kommunikasjon mellom sykehus, kommunen, rehabiliteringstjenester og lærings- og mestringssentre. Det krever også tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell innen pasient- og pårørende opplæring. Forberedende tiltak for håndtering av det økende behovet for kompetanse og kapasitet innenfor behandling og oppfølging av eldre og relaterte fagområder bør vektlegges i planperioden.

## 1.4 Særskilte strategiske satsingsområder

### Kvalitet og pasientsikkerhet

I Helse Sør-Øst RHF styremøte 19.12.13 ble det vedtatt en regional strategi for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet for perioden 2014-2016<sup>4</sup>. Strategien legger grunnlaget for det videre arbeid med å styrke, samordne og videreutvikle arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og er et viktig element i arbeidet med å oppfylle visjon, mål og strategier som uttrykt i nasjonale føringer og Helse Sør- Øst RHF Plan for strategisk utvikling 2013-2020.

De siste årene har det vært mange initiativ, både internasjonalt og nasjonalt, som kan dokumentere gode effekter for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Syntesen av alt dette er at følgende forhold må styrkes og ha spesielt fokus for at foretaksgruppen skal kunne virkeliggjøre overordnede føringer og strategier for kvalitet og pasientsikkerhet:

- ✓ Implementering og oppfølging av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
- ✓ Ha god og reell medvirkning fra brukere
- ✓ Erkjenne kompleksitet og ha god styring, herunder sikre solid forankring i styre og linjeledelse
- ✓ Måling av resultater og åpenhet rundt disse
- ✓ Ha standardiserte pasientforløp og arbeidsprosesser, herunder pasientadministrative rutiner, slik at rett informasjon kommer til rett tid og sted
- ✓ Mobilisere de ansattes engasjement, ”klinisk engasjement”, og gi tilgang til endringskompetanse på alle nivå, spesielt i pasientnær virksomhet

Helse Sør- Øst vil videreføre og iverksette nødvendige tiltak for å implementere strategien i henhold til disse punktene.

### Samhandlingsreformen, effekt og konsekvenser

Samhandlingsreformen har som formål at pasienter og pårørende skal oppleve et godt og helhetlig helsetilbud, begrense og forebygge sykdom samt bidra til en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

---

<sup>4</sup> Styresak 093-2013, ”Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016”



(Kilde: Tor Åm)

Spesialisthelsetjenesten bør yte god støtte til kommunene for at mest mulig av den behandling som kan skje uten for sykehus blir gjort i kommunalt regi. Spesialisthelsetjenesten bør også bidra til det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene for å bremse veksten i behovet for helsetjenester.

Det er pr dato tre økonomiske ordninger som er innført knyttet til samhandlingsreformen:

1. Betaling for utskrivingsklare pasienter.

Dersom kommunene ikke kan ta imot pasienter som er utskrivingsklare betaler de en fast sum pr døgn til sykehusene.

Kommunal medfinansiering av innleggelse i sykehus

Det er varslet at ordningen med kommunal medfinansiering videreføres i 2014, men skal på sikt avvikles i nåværende form. Det er ikke bestemt hva som skal erstatte dette insentivet. Det vil ha stor betydning for samarbeidet hvilke ordninger som innføres.

2. Opprettelse av kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbud.

Fram til nå har halvparten av kommunene i regionen søkt og fått tilskudd til etablering av slike tilbud. Alle skal ha tilbud etablert før 1.januar 2016.

For de regionale helseforetakene/helseforetakene vil samhandlingsreformen bl.a. gi følgende utfordringer:

- Omstille/tilpasse kapasitet parallelt med utvikling av tilbudet i kommunene.
- Krav om fortsatt reduksjon i ventetider og fristbrudd.
- Større oppmerksomhet på det helhetlige pasientforløp både internt og utover eget ansvarsområde
- Større tilgjengelighet for mer systematisk veiledning og deling av kunnskap – uti fra andres behov
- Tilrettelegging av tettere samarbeidsformer – moderne kommunikasjonsteknologi
- Å etablere gode systemer/understøtting av kompetanse- og personellutfordringene.

Plikten til veiledning og kompetanseheving ved implementering av samhandlingsreformen kan oppleves som utfordrende. Det er utydelige grenser mot kommunens eget ansvar for kompetansehevede tiltak. Dette må avklares mellom partene og avtales. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten strekker seg for å gi god veiledning og støtte til primærhelsetjenesten.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester, bl.a. i form av ambulerende virksomhet, bør utnyttes som et kompetansehevende tiltak.

Det er avtalt i kontaktmøte mellom KS og HSØ at en skal utrede muligheten for å dele tilgang til allerede utarbeidede e-læringsprogram. Dette arbeidet starter våren 2014, og skal blant annet sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.

Vestre Viken HF, Bærum og Asker og Bærum kommuner gjennomfører et prosjekt knyttet til forebygging av reinnleggelser. Dette prosjektet støttes av HSØ, som et ledd arbeidet for å redusere tallet på unødvendige reinnleggelser.

I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer å bistå samarbeid, kompetansebygging og brukermedvirkning.

Departementet forutsetter at helseforetakene og kommunene ellers i sine avtaler vurderer hvordan samhandlingen kan stimuleres gjennom særskilte tiltak og prosjekter.

Prioritetsområder inkluderer:

- Utvikling av kunnskapsbaserte og standardiserte pasientforløp skal omfatte hele helsetjenesten
- IKT systemer som sikrer god kommunikasjons- og pasientflyt og kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten – med ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet.
- Utvikling av samhandlingskompetanse med særlig fokus på kompetansebygging på kommunalt nivå - særlig for fagfelt som rehabilitering, habilitering, geriatri, PHV og TSB som yter tjenester til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester og eldre med kroniske lidelser.
- Å sikre gjennomgående systemer for brukermedvirkning

### Brukermedvirkning

Både i samhandlingsreformen, St. melding nr 10 (2012-2013) og i Helse Sør-Øst sin strategiske plan er brukermedvirkning og en aktiv pasientrolle trukket fram, både som målsetning og metode for endring og forbedring. Brukermedvirkning skal både på system- og individnivå bidra til bedre tjenester, reduksjon av feil, og bedre ressursutnytting,

Brukermedvirkningen er i all hovedsak på plass på system/styringsnivå gjennom brukerutvalgene i helseforetakene. I kommende ØLP periode blir ytterligere fokus på medvirkning i utvikling av tjenester og på tilrettelegging for medvirkning fra den enkelte pasient og eventuelle pårørende.

I strategien for kvalitet og pasientsikkerhet i styret 19. ble det angitt at helseforetaksgruppen fortsatt har som ambisjon å være nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. utfordringer med økonomiske konsekvenser i planperioden knyttes i all hovedsak til styrking av brukermedvirkning på individnivå:

- ✓ Regionale IKT - verktøy skal sikre at pasientrapporterte data dokumenteres aktivt i behandlingsforløpet.

- ✓ Helseforetakene skal styrke opplæringen til pasient og pårørende i tråd med vedtatt strategi for dette<sup>5</sup> og sørge for at informasjon, opplæring, likemannsarbeid og selvhjelp integreres i pasientforløpene
- ✓ Alle helseforetak skal tilby alle ansatte kompetanseutvikling for å styrke kommunikasjonskompetanse og pedagogiske ferdigheter i møte med pasienten

### Regional kapasitetsvurdering

I 2012-13 gjorde RHFet og Sintef kapasitetsvurderinger av Ahus, og dette utløste et behov for å se på utnyttelsen av den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet. Samtidig ble det inngått avtale med Sintef om en regional analyse av aktivitets- og kapasitetsbehovene fram mot 2030. Denne skal fullføres før sommeren 2014, og vil gi grunnlagsdata som også kan få innvirkning på beslutninger for perioden 2015-18.

Arbeidet for å bedre tilgjengeligheten må ta utgangspunkt i at de fleste pasienter på venteliste venter på poliklinisk oppfølging eller behandling. Andre flaskehals oppstår pga suboptimal logistikk for håndtering av henvisninger. I tillegg ser man forsinkelser innenfor behandlingsforløpet hvor pasienter venter lenge for utredning og diagnostikk - for eksempel radiologiske undersøkelser.

Fremover må effektivisering og standardisering av henvisningspraksis være prioritert – i samarbeid med fastlegen. Det bør være større bevissthet og kvantifisering av tilgjengelig eller manglende kapasitet i hvert HF. Ved at RHFet har sørge for-ansvaret for befolkningen i regionen, må RHFet sørge for at pasienter raskere kan tilbys et alternativ behandlingssted om nødvendig. Innføringen av fritt behandlingsvalg i denne perioden vil øke behovet for tilgjengelig kapasitet i regionen, og bl.a. kreve enda mer forpliktende avtaler med private leverandører og avtalespesialister.

### Private leverandører og avtalespesialister

Det er nå utarbeidet en strategi for samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester. Hovedformålet er, gjennom et strategisk samarbeid mellom helseforetak og private leverandører, å utnytte de samlede ressurser på best mulig måte med størst mulig effekt for pasientene. Det samme gjelder i forhold til avtalespesialister.

De politiske prioriteringer for planperioden innebærer generelt en økt satsning på bruk av private. Særlig prioritet er gitt til TSB, men også psykisk helsevern og rehabilitering.

Det vil i planperioden bli gjennomført flere regionale anskaffelser, herunder psykisk helsevern og rehabilitering. Det gis også mulighet for helseforetakene til selv å inngå tidsbegrensnede avtaler med private leverandører for å avhjelpe særskilte utfordringer knyttet til kapasitet og ventetider.

Ny handlingsplan for avtalespesialister er utarbeidet med forslag til økning av antall hjemler. Dette er i tråd med politiske prioriteringer.

For planperioden vil det da bli en større økning enn tidligere hva angår både aktivitet og kostnad.

---

<sup>5</sup> Regional strategi for pasient og pårørendeopplæring 2013-2016, Sak nr 054-2013, Helse Sør – Øst RHF Styremøte 20.juni 2013

Det vises også til at ny ordning med 'fritt behandlingsvalg' kan forventes å øke volumet ytterligere mht bruk av private aktører. Hvilke utfordringer ordningen vil gi mht økonomistyring, analyser av behov og planlegging/dimensjonering av kapasitet i helseforetakene er p.t. usikkert.

## **2. Nærmere om økonomisk langtidsplan**

Det strategiske grunnlaget for arbeidet med økonomisk langtidsplan fremgår av Plan for strategisk utvikling 2013-2020, samt de fem overordnede målene som foreslås for perioden 2015-2018. Økonomisk langtidsplan representerer en konsekvensvurdering av etablerte strategier og planer.

I denne saken inviteres styret til å legge premisser og føringer knyttet til sentrale parametere som helseforetakene skal legge til grunn for det videre arbeidet med økonomisk langtidsplan for perioden 2015 til 2018. Sentralt i dette står de medisinske og helsefaglige vurderingene av utviklingen i behovet for spesialisthelsetjenester og pasientbehandling i perioden. De planmessige forutsetningene for utvikling i pasientbehandlingen skal ivareta det regionale helseforetakets "sørge for" ansvar, og fastsettes gjennom en grundig vurdering av utvikling i demografi, befolkning og krav til tilgjengelighet.

Økonomisk bæreevne for foretaksgruppen innebærer at det på lokalt og regionalt nivå gjøres en prioritering av ressurser til rasjonell og effektiv drift med god kvalitet, samt investeringer som legger til rette for dette. Forventninger og krav fra eier og samfunnet for øvrig om tilbudet av spesialisthelsetjenester skal oppfylles. Over tid forutsetter dette god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utbyggingsprosjekter i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Formålet er videre å gi helseforetakene forutsigbarhet i sine strategiske planleggingsprosesser ved å gi overordnede forutsetninger knyttet til sentrale parametre som overordnede mål, aktivitetskrav og prioriteringer, og forventet utvikling i inntektsforutsetningene.

Det enkelte helseforetak utarbeider sine innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan på grunnlag av de planmessige forutsetninger som styret gir gjennom denne saken. Helseforetakenes innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen behandles i foretaksstyrene, noe som innebærer en formalisert forankring av de vurderinger som gjøres lokalt. Disse foretaksspesifikke planene oversendes videre til Helse Sør-Øst RHF som på bakgrunn av disse innspillene utarbeider økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen som helhet.

Økonomisk langtidsplan styrebehandles årlig på sommeren, og kommende budsjettår er første året i økonomiplanperioden. Det er lagt opp til at økonomiplanen skal være førende for utarbeidelse av årsbudsjett første året, og veiledende for de neste tre årene.

Økonomisk langtidsplan 2015-2018 vil bli forelagt styret 19. juni 2014.

### 3. Nærmere om mål for perioden 2015-2018

Med bakgrunn i det strategiske grunnlaget slik det fremkommer i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* vedtatt av styret i sak 075-2012 den 22. november 2012, har styret tidligere vedtatt følgende mål for perioden 2014-2017, jf sak 022-2013 *Økonomisk langtidsplan 2014-2017. Planforutsetninger*:

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

Dette er ambisiøse mål som kommer i tillegg til det kontinuerlige arbeidet for å øke pasientsikkerheten, redusere ventetidene og fjerne fristbrudd.

De fem overordnede målene er vurdert nærmere som en del av grunnlaget for det videre arbeidet med ØLP for perioden 2015 til 2018. Spørsmål om måloppnåelse og eventuelle endringer i mål og målformuleringer er diskutert i direktørmøter, fagdirektørmøter mv. og i møter med brukerutvalg, konserntillitsvalgte og konsernverneombud.

Det er enighet om at målene ikke er nådd i tilstrekkelig grad. For en nærmere redegjørelse om måloppnåelsen ved utgangen av 2013 vises det til årlig melding for 2013, kapittel 1.2 (jf. styresak 011-2014).

I diskusjonen om eventuelle endringer i mål eller målformuleringer er det anført noen momenter som kan nevnes særskilt:

Hovedvurderingen fra helseforetakene er at målene bør videreføres. Dette fordi målene fortsatt oppfattes som hensiktsmessige og at det er ugunstig å endre eller ta bort mål som ikke er nådd.

Brukerutvalget peker på at målformuleringen om redusert ventetid spesifikt kunne angitt at ventetiden skulle reduseres til under 65 dager, i tråd med det nasjonale målet. En slik presisering vil gi et tydeligere mål, imidlertid vil ambisjonen om ytterligere reduksjon i ventetid falle bort. Det anbefales derfor at dette målet videreføres uendret.

De konserntillitsvalgte har ytret ønske om å bytte ut målet om oppfølging av medarbeiderundersøkelsen og erstatte dette med en formulering som i større grad tydeliggjør en satsing på kompetanse. Det anbefales at dette vurderes nærmere i dialog med helseforetakene og de konserntillitsvalgte frem mot neste års rullering. I denne sammenheng skal det påpekes at medarbeiderundersøkelsen dekker kompetansespørsmålet på flere måter; når det gjelder den enkeltes faglige utvikling, enhetenes faglige kvalitet og spørsmålet om medarbeidere har en individuell kompetanseutviklingsplan.

Samlet sett anbefales de fem overordnede målene videreført.

Helseforetakene/sykehusene har ansvar for å nå målene gjennom egne planer og tiltak. Helse Sør-Øst RHF vil bidra til å sikre måloppnåelse gjennom oppfølging og koordinerende aktiviteter.

### 4. Det strategiske grunnlaget for bæreevne

Følgende strategier er valgt i *Plan for strategisk utvikling* for å nå målet om bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom:

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

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

## 5. Nasjonal helse- og sykehusplan

Regjeringen skal utarbeide en nasjonal helse- og sykehusplan. I følge Helse- og omsorgsdepartementet legges det opp til at denne skal inneholde følgende:

- Prinsipper og kriterier for ulike typer sykehus og fremtidig sykehusstruktur, slik at Stortinget kan vedta nasjonale prinsipper for sykehusstruktur.

Helsemyndighetene skal omsette prinsippene til faglige mål

- Forslag til tiltak for å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og arbeidsdeling i fremtidens spesialisthelsetjeneste
- Oversikt over fremtidige investeringsplaner på overordnet nivå

Det tas sikte på å legge frem en stortingsmelding om Nasjonal helse- og sykehusplan i oktober 2015. Gjennomføringen av de vedtakene som planen inneholder vil ha konsekvenser både for struktur/organisering, drift og investeringsplaner i alle helseregionene, og vil for Helse Sør-Øst kunne få effekt inn mot siste del av denne økonomiplanperioden.

Det er imidlertid for tidlig å innarbeide mulige effekter av den nasjonale helse- og sykehusplanen i denne økonomiske langtidsplanen. Dette må en komme tilbake til i senere økonomiplaner.

## 6. Forskning og innovasjon

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

I plan for strategisk utvikling 2013-2020 er det målsatt å øke på lengre sikt ressursinnsatsen til forskning fra dagens cirka 3 % til 5 % av totalkostnadene Helse Sør-Øst samlet sett. Oslo universitetssykehus HF har en nav-funksjon i forskningen i foretaksgruppen, Den sterke økningen i ressursbruken til forskning i Helse Sør-Øst både i absolutt nivå og relativt til totale kostnader har bidratt til en tydelig økning i forskningsproduksjon og i antallet doktorgrader de siste 2-6 år. Det har videre de siste årene vært satset spesielt på innovasjon for å bidra til at

forskningsresultater og erfaring fra helsetjenesten omsettes til forbedret pasientbehandling og utforming av tjenestetilbudet.

Gjennom sin størrelse, ressurser og sterke forskningstradisjon, har Oslo universitetssykehus HF et særskilt ansvar for forskning i helsesektoren, både regionalt og nasjonalt. Oslo universitetssykehus HF har en viktig nav-funksjon for forskning, utvikling, innovasjon og utdanning i regionen.

Den generelle økonomiske driftssituasjonen i helseforetaksgruppen er avgjørende for hvor raskt 5% - målet kan nås. For pasientbehandlingen vil det være slik at noe av kravene til aktivitetssøkning eventuelt må løses ved effektivisering av tjenestene, og tilsvarende krav må stillestil forskningen. Det er bl.a. viktig at de regionale strategiske tiltakene, inkludert støttefunksjoner, regionale nettverk og kjernefasiliteter fungerer etter hensikten for å utnytte regionens samlede forskningspotensial.

For nå målet om 5% må forskningsmiljøene i helseforetakene klare å tiltrekke seg finansiering fra eksterne kilder både fra nasjonale og internasjonale.

I hovedsak vil dreie dette seg om Norges forskningsråd og forskningsmidler i EU. Støtte til EU søknader forutsetter sterke lokale fagmiljøer, i tillegg til en velutviklet infrastruktur for forskning, samt administrativ kapasitet for å drive multinasjonale prosjekter. Internasjonal nettverksbyggingen er avgjørende, etter som EU støtte til forskning i all hovedsak forutsetter samarbeid mellom flere land. En bedre samordning med Universitetet i Oslo er viktig, ikke minst for å oppnå et tilstrekkelig støtteapparat for utforming av slike søknader. Gode stimuleringsordninger for forskningsmiljøer har også vist seg som et effektivt virkemiddel.

## **7. Inntektsforutsetninger og fordeling**

Foretaksgruppen får det alt vesentligste av sine inntekter over statsbudsjettet hvor det vedtas bevilgninger knyttet til hver enkelt helseregion. Helse Sør-Øst RHF fordeler inntektene til helseforetakene i regionen. Bevilgningene er dels i form av faste inntekter, dvs basisbevilgningen og tilskudd, og dels aktivitetsavhengige. Fra 2014 er det introdusert en ny finansieringsform, kvalitetsbasert finansiering ( KBF), hvor deler av basisbevilgningen til helseregionene gjøres avhengig av mål på kvalitet i behandlingen.

Basisbevilgningen, sammen med de aktivitetsavhengige refusjonsordningene til de regionale helseforetakene legger grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Midler til investeringer, vedlikehold av og investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr inngår i basisbevilgningen.

Det er faste inntekter som er mest relevante i økonomiplansammenheng. Disse består av basisbevilgning, inntekter til forskning og nasjonale kompetansetjenester og diverse øremerkede tilskudd. Det er derfor kun basisbevilgningen som er forutsatt endret i perioden. Øvrige faste inntekter forutsettes uendret på 2014- nivå gjennom hele perioden.

Aktivitetsbaserte inntekter, dvs refusjoner knyttet til innsattsstyrt finansiering ( ISF) og kommunal medfinansiering ( KMF) er ikke tatt inn i inntektsforutsetningene, heller ikke refusjoner fra trygdeforvaltningen (HELFO), som ikke fordeles via det regionale helseforetaket.

Inntektsforutsetningene for økonomisk langtidsplan gis i faste 2014 - kroner, dvs at det ikke tas hensyn til forventet pris- og lønnsvekst i perioden. I de årlige statsbudsjetter blir dette kompensert med et gjennomsnitt av forventet lønns- og prisvekst. Dette utgjør om lag 3% pr. år.



Fordelingen av basisrammer foretas i hovedsak gjennom den regionale inntektsmodellen. Målet med utvikling av en kriteriebasert inntektsmodell for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger. Modellen tar utgangspunkt i sykehusområder. Det er imidlertid en betydelig pasientflyt mellom opptaksområdene innen regionen. For å ta hensyn til dette har modellen også en mobilitetskomponent.

Inntektsmodellen består derfor av følgende hovedkomponenter:

- En behovskomponent som kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som befolkningens alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
- En kostnadskomponent som kompenserer for variasjoner i kostnadmessige forhold knyttet til forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen samt struktur og lange reiseavstander.
- En mobilitetskomponent som korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Dette gjøres til dels variabelt gjennom løpende gjes-tepasientoppgjør, og til dels gjennom en fast omfordeling knyttet til en abonnements-ordning for regionsfunksjoner innen somatikk

Det er etablert modellelementer som fordeler basisrammer innenfor tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB. Forslag til et modellelement knyttet til fordeling av inntekter innen prehospitaltjenester samt nye kriterier knyttet til fordeling av forskningsmidler, legges frem for styret i sak nr. 012-2014. Det samme gjelder endring i modell for fordeling på helseforetakene av basis tildeling til Sunnaas sykehus HF.

Fordeling av midler til kompensasjon av økte pensjonskostnader og kapital skjer også gjennom inntektsmodellen. Det er ikke utarbeidet egne modeller for disse områdene, men det benyttes fordelingsnøkler som er avledet av modellene for tjenesteområdene.

Inntektsmodellen fordeler basisrammer til de helseforetakene og private ideelle sykehus som har et definert geografisk opptaksområde. Dvs alle helseforetakene i regionen med unntak av Sykehusapotekene HF og Sunnaas sykehus HF. De private ideelle sykehusene Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS er tillagt ansvaret for definerte bydeler i Oslo, og omfattes av inntektsmodellen.

De øvrige private ideelle sykehusene med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF omfattes ikke av inntektsmodellen. Dette gjelder Martina Hansens Hospital AS, Betanien Hospital og Revmatismesykehuset AS. Disse sykehusene og Sunnaas sykehus HF får tildelt basisrammer ut fra historikk og avtale med det regionale helseforetaket. Sykehusapotekene HF får ikke inntektsrammer fra det regionale helseforetaket, men får sine inntekter knyttet til produksalg og tjenesteleveranser til helseforetakene.

Det er et mål at det aller meste av basisrammene skal fordeles etter objektive kriterier, dvs ved bruk av den regionale inntektsmodellen. Selv om det meste av basisrammen fordeles via inntektsmodellen, vil det være behov for det regionale helseforetaket å ha en økonomisk handlefrihet for å kunne håndtere spesielle forhold av midlertidig art, slik at ikke alle disponible inntekter fordeles ut ifra en kriteriebasert inntektsmodell. Det har over tid foregått store omstillinger innen foretaksgruppen, de siste årene spesielt i hovedstadsområdet. Disse omstillingene har vært og er av en slik størrelsesorden, at det er vurdert som nødvendig å gi

tidsbegrensede omstillingsmidler for å gi de aktuelle helseforetakene noe tid på å tilpasse seg nye rammebetingelser.

Innføring av inntektsmodellen over år, samt oppdatering av grunnlagsdata har gitt betydelige budsjetteffekter. Også i slike tilfeller er det gitt enkelte tidsbegrensede inntektstilskudd for å gi helseforetakene noe mer tid på å tilpasse seg de endrede inntektsmessige rammene.

Det er videre definert en rekke enkeltforhold som fordeles direkte til helseforetak/ sykehus. Dette gjelder bla inntekter til finansiering av regionale tilbud. Det er spesielt forhold som er knyttet til lands- og regionsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF.

Fordeling av strategiske inntekter til forskning, og til nasjonale kompetansetjenester, gjøres ut fra egne prosesser og søknadsprosedyrer, dels også ved at midler er øremerket enkeltforetak fra Helse- og omsorgsdepartementets side. Disse forholdene omfattes ikke av inntektsmodellen.

Den regionale inntektsmodellen som benyttes i Helse Sør-Øst består av flere modellelementer, ett element for hvert tjenesteområde. Dette fordi det er ulike faktorer som er bestemmende for behovet for tjenester innen hvert av tjenesteområdene. Det betyr at det i den underliggende regionale modellen fordeles inntekter basert på modellelementene for somatikk, psykisk helsevern, TSB mv separat. De inntektsrammene som helseforetakene gis fra det regionale helseforetaket gis imidlertid som en samlet basisramme. Det er altså helseforetakene som selv må fordele sin basisramme internt på en slik måte at de aktivitetskrav og prioriteringer som stilles fra Helse Sør-Øst RHF innen de ulike tjenesteområdene nås.

## **8. Kvalitetsbasert finansiering, KBF**

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering ble ikke tatt videre til det enkelte helseforetak i 2014- budsjettet. Det planlegges for at KBF innføres overfor helseforetakene i Helse Sør-Øst fra 2015. Selv om den nasjonale modellen er innrettet mot sammenligning på regionalt nivå er det mulig å anvende de samme prinsippene og delmålene ned til helseforetak/sykehusnivå for å kunne sammenligne resultater på de aktuelle kvalitetsindikatorer. En egen, regional modell er likevel noe som bør vurderes ved et senere tidspunkt når man har fått noe mer erfaringer med en videreføring av nasjonal modell ned til helseforetaksnivået.

Det vil bli arbeidet videre med å utforme detaljene i en regional videreføring av KBF- ordning. Det er således ikke innarbeidet noen økonomiske effekter av KBF i inntektsforutsetningene for bruk i arbeidet med økonomisk langtidspan. Dette vil en komme tilbake til i årsbudsjett 2015.

## **9. Finansiering basert på tilgjengelighetskriterier**

I tillegg til å implementere den nasjonale KBF- løsningen på regionalt nivå, vurderes det å etablere en regional incentivordning knyttet til tilgjengelighetsparametrene fristbrudd og ventetider. Dette vil en også komme tilbake til i årsbudsjettet for 2015.

## **10. Struktur- og organisasjonsmessige endringer**

På bakgrunn av driftssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF er det utarbeidet en samlet gjennomgang og vurdering av kapasitet og funksjonsfordeling mellom helseforetake-

ne i Oslo- området, inklusive de private ideelle sykehusene. Dette arbeidet og de vurderinger som gjøres vil bli sett i forhold til en rapport under utarbeidelse fra SINTEF som skal vurdere kapasitetssituasjonen i hele regionen.

Det er tidligere vedtatt, jf sak 058-2013, at ansvaret for psykisk helsevern og TSB for pasienter bosatt i Jevnaker kommune overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Vestre Viken HF fra 2015. Det er i tillegg lagt opp til en endring i opptaksområdet for ambulansetjenesten mellom Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF. Dette gjelder kommunene Tinn, Hjartdal og Notodden.

Disse forholdene er innarbeidet i inntektsmodellen fra 2015.

## 11. Spesielle forhold

I sak 087-2013 *Budsjett 2014 – fordeling av midler til drift og investering* er det lagt til grunn en ekstraordinær inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF på 100 millioner kroner i 2014, for å avhjelpe helseforetaket i en krevende situasjon. Det er i saken forutsatt at dette skal være en midlertidig tildeling, og som en foreløpig planforutsetning overføres disse midlene til det regionale helseforetaket for 2015.

For 2014 er regional resultat- og likviditetsbuffer på 320 millioner kroner. Nivået på denne bufferen vurderes inn mot det enkelte års budsjett.

## 12. Inntektsrammeforutsetninger 2015-2018

Med utgangspunkt i inntektsfordelingen 2014, og de forutsetninger som er omtalt over med hensyn på

- Nye inntektsforutsetninger som følge av
  - Midler til økt aktivitet
  - Regional inntektsmodell
- Uttrekk knyttet til samhandlingsreformen
- Spesielle forhold

fremkommer følgende fordeling av faste inntekter i økonomiplanperioden, tall i millioner 2014 – kroner

Sum faste inntekter	2015	2016	2017	2018
Akershus SO	5 198	5 224	5 297	5 369
Innlandet SO	5 189	5 163	5 184	5 209
Oslo SO inkl Sunnaa	14 429	14 557	14 745	14 921
Sørlandet SO	3 840	3 847	3 888	3 929
Telemark- Vestfold S	4 955	4 941	4 972	5 007
Vestre Viken SO	4 997	4 998	5 043	5 090
Østfold SO	3 420	3 420	3 450	3 481
Private sykehus	216	217	218	218
Helse Sør-Øst RHF	6 464	6 464	6 464	6 464
<b>I alt</b>	<b>48 708</b>	<b>48 830</b>	<b>49 261</b>	<b>49 689</b>

Dette er å anse som foreløpige inntektsrammeforutsetninger for årene 2015-2018, som helseforetakene skal legge til grunn i sine økonomiske langtidsplaner. De foreløpige inntektsrammeforutsetningene for 2015 i tabellen over, skal også legges til grunn for helseforetakene og sykehusene inn mot årsbudsjettet for 2015.

### **13. Investeringer og økonomisk handlingsrom**

Helseforetakene får i sine Oppdrags- og bestillerdokumenter fra Helse Sør-Øst RHF *ett* beløp til disposisjon som basisramme. Helseforetakene disponerer selv basisrammen mellom tjenesteområdene, og det er opp til helseforetakene å disponere basisrammen til drift og investeringer, innenfor det årlige fastlagte resultatkravet og tilgjengelig likviditet.

Foretaksgruppen har årlig ca 3 milliarder kroner til disposisjon for investeringer og avdrag på lån ved et resultat i balanse. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at foretakenes skaper positive resultater i drift. Foretakene kan bedre sitt økonomiske handlingsrom for investeringer ved positive resultater i driften. I tillegg kommer salg av eiendom fra arealeffektiviserings tiltak og nye låneopptak, hvor det siste vil generere økt avdragsbelastning frem i tid.

Det holdes tilbake likviditet til regionale prioriteringer. I henhold til sak 093-2009, omfatter regionale prioriteringer større byggeprosjekter over 100 millioner kroner, og regional IKT satsning. Det betyr at det enkelte helseforetak forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk- teknisk utstyr (MTU) mv. innenfor gitt basisramme og de muligheter som en positiv resultatutvikling gir. Likviditet fra positive resultater i helseforetaket disponeres av det enkelte helseforetak innenfor gjeldende fullmaktsregime. Større utbyggingsprosjekter kan delfinansieres ved lån fra Helse Sør-Øst RHF, eller i enkelte tilfeller ved lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kostnader knyttet til slike lån, i form av renter og avdrag, håndteres av de aktuelle helseforetakene innen de inntektsrammer som gis fra det regionale helseforetaket.

Av de nevnte 3 milliarder kronene er det de senere årene holdt tilbake ca 1,7 milliarder kroner til regionale formål, mens ca 1,3 milliarder kroner har blitt værende ute hos helseforetakene til investeringer og betjening av lån. Store regionale byggeprosjekter, strategisk satsning på standardisering og digital fornying, samt ekstraordinære behov for vedlikeholdsmidler medfører press på den regionale likviditeten. Økt handlingsrom for regionale investeringer kan dermed skapes gjennom positive resultater i Helse Sør-Øst RHF, eller ved at likviditet som holdes tilbake til regionale formål økes.

Bevilgninger av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i forbindelse med det enkelte årsbudsjett.

### **14. Renteberegning av mellomværende**

Fra og med 2014 er det etablert renteberegning av langsiktige mellomværende i regionen. Dette betyr at alle lån som tidligere ikke er renteberegnet, vil bli renteberegnet. Dette er i samsvar med tidligere styrevedtak, jf sak 093-2009. Endringen medfører at helseforetakene får renter på langsiktige interne mellomværende, noe som vil gi de fleste helseforetakene økte renteinntekter. Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF få reduserte renteinntekter sammenlignet med tidligere praksis.

Videre har Helse- og omsorgsdepartementet utvidet låneadgangen for store byggeprosjekter fra 50% til 70%. Samlet sett vil dermed disse endringene innebære både en høyere andel ekstern lånefinansiering, og at den regionale delen av finansieringen av store byggeprosjekter gjøres ved rentebærende lån. Ved vurdering av økonomisk bæreevne i større byggepro-

sjekter, herunder ved vurdering av hvorvidt et prosjekt er "liv laga" i idefasen, må det dermed tas høyde for at alle lån må betjenes gjennom avdrag og renter.

For større byggeprosjekter vil det gjøres særskilte vurderinger av behov for midlertidig ekstraordinær inntektsstøtte i de tilfeller gevinstene ikke realiseres så fort som forutsatt, samt eventuell aksept for resultatmessig underskudd gjennom prosjektets første år i drift grunnet økte avskrivningskostnader.

## 15. Krav til økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter

Krav til økonomisk bæreevne i Helse Sør-Øst bygger på forutsetningen om forsvarlig formuesforvaltning og effektiv ressursstyring, og det skal derfor stilles krav til at kapital forrentes og betjenes. Analyser av økonomisk bæreevne skal gjøres med et kontantstrømfokus på prosjektnivå for å sikre riktig prioritering mellom investeringsprosjekter, og derigjennom sikre foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Det skal deretter gjennomføres analyser av økonomisk bæreevne for helseforetaket slik at konsekvenser for øvrig virksomhet synliggjøres. Egenfinansiering fra helseforetaket vil bidra til bedret økonomisk bæreevne for helseforetaket, men skal ikke redusere behovet for driftsgevinster i prosjektet. Denne metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle tidligfaser, men presisjonsnivået øker gradvis frem mot beslutning om gjennomføring.

Krav til økonomisk bæreevne i Helse Sør-Øst vil være at prosjektet har økonomisk bæreevne dersom fri kontantstrøm fra investeringen tilsvarer investeringsbeløpet med et rentetillegg uavhengig av finansieringsløsning. Helseforetaket har økonomisk bæreevne dersom foretakets kontantstrøm over investeringsens levetid er positiv. Dette medfører at helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om investeringsprosjektet ikke har økonomisk bæreevne.

Det forventes at større fokus på krav til økonomiske analyser vil gi ytterligere forbedret kvalitet i beslutningsgrunnlaget for investeringer, og bidra til økt bevisstgjøring av driftsmessige konsekvenser av større investeringsprosjekter. Samtidig er de økonomiske analysene del av en større helhet i beslutningsgrunnlaget, herunder medisinske og helsefaglige beslutninger slik det fremgår av sak 048-2007 *Prioriteringskriterier for investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst*.

## 16. Bygningsmessige investeringer

Helseforetaksgruppen forvalter ca. 2,7 millioner m<sup>2</sup> bygg. De samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen utgjør ca 35 mrd. kroner (regnskap 2013). Eiendomsstrategien for Helse Sør-Øst gruppen ble vedtatt i styresak 010-2011. Hovedelementene i strategien går på måloppnåelse innen kostnadseffektivisering og arealeffektivisering, samtidig som det settes mål om vedlikehold og tilstand for de bygg som skal benyttes i kjernevirksomheten.

Under Sentrale mål for eiendomsvirksomheten står det bl.a.:

- *"Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til Norsk standard for tilstandsklassifisering av bygg.*
- *På sikt skal det tilstrebes å fjerne vedlikeholdsetterslepet for de viktigste byggene og det må settes et mål for tilstandsklassen for hvert enkelt bygg som ansees som godt nok for formålet bygget tjener. Målet skal settes slik at det kan oppnås innen rimelig tid.*
- *Alle enkeltelement i bygg som skal brukes videre skal ha tilstandsklasse bedre enn 3."*

I strategidokumentet legges det også vekt på at det etableres målsettinger innen klima og miljø, at byggene skal tilfredsstillere lover og forskrifter og ta hensyn til universell utforming.

Det er en utfordring i foretaksgruppen at investeringene i hovedsak går til nybygg, mens det reinvesteres relativt mindre i eksisterende bygg. Helseforetakene arbeider med planer som kan utløse forventninger om investeringer i perioden 2019 – 2030 på 35 – 50 mrd. kroner med et tyngdepunkt i første del av denne perioden. Dette er et nivå som i utgangspunktet overstiger det som kan forventes av tilgjengelig likviditet, og stiller derfor store krav til resultatutviklingen og til godheten i økonomien i planlagte investeringer.

Det forventes at tydeliggjorte krav til beregning av investeringenes og foretakenes økonomisk bæreevne vil være virkemidler som bidrar til prioriteringer og planlegging av investeringer fra foretakenes side.

## **17. Vedlikehold av bygningsmasse**

Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet, og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Økonomisk langtidspan skal inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Foretaksgruppen har et vesentlig vedlikeholdsbehov i eksisterende bygningsmasse. Dette går ut over både arbeidsmiljø, brannsikkerhet og byggenes funksjonalitet i forhold til kvalitativ og effektiv pasientbehandling.

Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk. Planer og budsjett må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter samt følge opp de vesentligste avvikene påpekt ved interne gjennomganger og tilsyn

Vedlikeholdsprosjekter som ivaretar både miljø- og energihensyn, vil være spesielt godt egnet for prioritering da disse prosjektene ikke bare bedrer laveste tilstandsgrader, herunder myndighetspålegg, men også for en stor del gir økonomiske gevinster.

I klimaforliket (Innst.390S-2011-2012) vises det til Stortingsmelding 21 Norsk klimapolitikk (klimameldingen). I klimaforliket fremgår det at regjeringen ønsker at staten som byggherre og eiendomsbesitter er pådriver i arbeidet med energiomleggingen og utfasing av fossilt brensel i bygningsmassen. Det fremgår også at fossil fyringsolje som grunnlast fases ut av alle statlige bygg innen 2018. For å nå dette målet er det estimert investeringer i størrelse 75-100 millioner kroner for Helse Sør-Øst .

I regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013 var visjonen at Norge skulle være universelt utformet innen 2025, og spesialisthelsetjenesten er omfattet av tiltak B11, hvor det står at: "Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til at regionale helseforetak lager planer for universell utforming. ... "

I den grad helseforetakene mener at det ligger store kostnader forbundet med dette kravet, må det tas høyde for dette i planperioden for å kunne fordele kostnadene over tid.

## **18. Medisinsk – teknisk utstyr – MTU**

Innføring av nye behandlingsmetoder og forventninger om at foretaksgruppen skal ligge i forkant i forhold til utprøving av nye behandlingsmetoder medfører at investeringer i medi-

sinskteknisk utstyr må prioriteres høyt. Pasientene skal være trygge på at de får god behandling, og at nye behandlingsformer kan tas i bruk når det er dokumentert at de er sikre og effektive.

Gjennom arbeidet med økonomisk langtidsplan for 2014-17 rapporterte helseforetakene at gjennomsnittlig alder på utstyrsparken var 9,8 år pr 1.januar 2013. Det var betydelige forskjeller mellom helseforetakene på dette området, og gjennomsnittsalderen varierer mellom 6,2 år og 11,1 år. Planlagt investeringsnivå 2014-2017 medfører at gjennomsnittlig alder på utstyret reduseres med 2,4 år samlet sett for foretaksgruppen.

Det endelige investeringsnivået innen MTU i 2013 ble på 720 millioner kroner i foretaksgruppen samlet. Dette tilsvarte om lag 160 millioner kroner ut over avskrivingsnivået, og indikerer at gjennomsnittsalderen for utstyr i foretaksgruppen gikk noe ned. Selv om denne trenden er tydeligere for enkelte helseforetak enn andre, er fortsatt aldrende utstyrspark den generelle trenden for alle helseforetak uansett positiv eller negativ resultatutvikling siste to år. Investeringsnivået i budsjettet for 2014 vil kunne bidra til en delvis fornying av utstyrsparken, med en budsjettert investering på 920 millioner kroner, om lag på nivå med planen for året fra fjorårets økonomiske langtidsplan. Det er spesielt Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Sørlandet HF som investerer mye i nytt utstyr.

I perioden 2015-2018 bør helseforetakene derfor forsterke sin prioritering av midler til investeringer i medisinskteknisk utstyr. Helseforetakene må kartlegge og prioritere anskaffelsesbehovet i eget helseforetak og dokumentere hvordan dette er innarbeidet i innspill til økonomisk langtidsplan, samt hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken. Videre må det legges opp til at anskaffelsesprosessene knyttet til innkjøp av utstyr forbedres ytterligere, og som et ledd i dette bør fokuset på å samordne regionale og nasjonale anskaffelser forsterkes ytterligere.

## **19. IKT**

### **• Digital fornying**

Helse Sør-Øst etablerte i 2013 Digital fornying. Programmet er regionens felles løft for å fornye og standardisere teknologiske løsninger og arbeidsprosesser. Satsingen skal gi en tryggere, enklere og bedre hverdag for pasienter og medarbeidere.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 25. oktober 2012 regionens IKT- strategi og - handlingsplan (sak 066-2012). Det overordnede målbildet for Digital fornying er at alle helseforetakene i Helse Sør-Øst skal arbeide basert på standardiserte arbeidsprosesser og benytte felles IKT- løsninger på en felles og modernisert infrastruktur. Satsingen skal gi styrket pasientsikkerhet, økt kvalitet i behandlingen, mer effektive tjenester, bedre samhandling og en enklere arbeidshverdag for medarbeidere.

I den regionale IKT planen legges det vekt på å etablere mest mulig standardiserte IKT- løsninger i foretaksgruppen. Dette skyldes primært hensynet til økt pasientsikkerhet, men skal også gi muligheter for helseforetakene til å ta ut økonomiske gevinster som følge av mer effektiv drift.

Det er en økende grad av nasjonale initiativ, både som følge av Samhandlingsreformen, men ikke minst som følge av Meld.S nr 9( 2012-2013) - "En innbygger, en journal". I første del av planperioden vil de fleste nasjonale tiltak være på pilot- og utredningsstadier. Aktiviteter i Digital fornying vil således innrettes for å legge til rette for fremtidig nasjonal standardisering de første årene, men det antas å ha begrenset økonomisk innvirkning. Mot slutten av perioden bør det påregnes vesentlig innslag at aktivitet knyttet til nasjonale tiltak og initiativ, men det er for tidlig å lage konkrete estimater, jamfør også omtale i punkt 25.3 nedenfor.

Foretakene må ta høyde for de kostnader som er knyttet til endringsbehov i eget foretak for å kunne ta i bruk regionale løsninger. En forutsetning for en vellykket gjennomføring av Digital fornying er at helseforetakene og Sykehuspartner jobber målrettet med å realisere de gevinstmuligheter som etableres gjennom programmet. Dette innebærer alt fra opplæring til organisasjonsendringer i eget foretak.

Følgende områder er definert som strategiske innenfor Digital fornying

- *Klinisk dokumentasjon*
- *Radiologi*
- *Laboratoriedata*
- *Digital samhandling*
- *Virksomhetsstyring*
- *Infrastrukturmodernisering*

Samlet sett er det definert et vesentlig ressursbehov til Digital fornying i perioden 2015-2018. Det vil fram mot behandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 arbeides med prioritering-er innen Digital fornying for å balansere investeringene i Digital fornying mot øvrige investeringsbehov i regionen.

- **IKT - Tjenestepriis Sykehuspartner**

Investeringer i den regionale IKT- porteføljen skjer via Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner, og finansieres ved at helseforetakene betaler for avskrivnings- og driftskostnadene gjennom en tjenestepriis. Økte investeringer vil derfor innebære økte tjenestepriiser. I tillegg kommer økte opplæringskostnader, tilretteleggingskostnader mv lokalt. De tjenestepriisene som settes fra Sykehuspartner er derfor viktige parametere for helseforetakene å innarbeide i sine resultat-analyser.

- **IKT - Nasjonal IKT HF**

I henhold til protokollene fra foretaksmøtene med Helse – og omsorgsdepartementet skal de regionale helseforetakene etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT- området. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for at Nasjonal IKT HF bidrar til samarbeid og samordning innenfor IKT- området i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT HF skal lokaliseres i Bergen.

Det er foreløpig usikkert hvilken rolle et slikt nasjonalt helseforetak vil spille i utforming og gjennomføring av regionale IKT- strategier, herunder programmene knyttet til Digital fornying.