

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	10. mars 2016

SAK NR 018-2016

ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2017-2020. PLANFORUTSETNINGER

Forslag til vedtak:

1. Følgende mål legges til grunn for planleggingen i perioden:
 - Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
 - Sykehusinfeksjoner er redusert til 3%
 - Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
 - Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
 - Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
2. Som planforutsetning for 2017 legges det opp til en aktivitetsvekst i overkant av 2%. Helseforetak og sykehus skal legge til rette for at prioriteringsregelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk, innfris for foretaksgruppen.
Endelige aktivitetskrav settes på bakgrunn av føringer som gis i statsbudsjettet det enkelte år.
3. Økonomiske planleggingsrammer for perioden baseres på bl.a.:
 - Oppdatering og fremskrivning av regional inntektsmodell
 - Fordeling av forutsatt økt bevilgning til aktivitetsvekst samt andre forutsetninger knyttet til statsbudsjettet
4. Den årlige bevilgningen til regionale, strategiske forskningsmidler tilpasses foretaksgruppens generelle økonomiske situasjon, og vedtas i det enkelte års budsjett.
5. Helseforetakenes tiltak for å oppnå det planlagte økonomiske resultat skal i størst mulig grad spesifiseres og tallfestes i helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan.
6. Foretaksgruppens resultat bør mot slutten av økonomiplanperioden minst utgjøre 2,5% av samlede inntekter.

7. Helseforetakene skal bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak. Forutsetning om egenfinansiering av investeringsprosjekter i økonomisk langtidsplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.
8. Det skal årlig budsjetteres med regionale buffere for å sikre likviditet til regionalt prioriterte investeringer.
9. Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet. Økonomisk langtidsplan skal inkludere plan for forbedring av de dårligste byggene som skal brukes videre. Helseforetakene skal videre kartlegge og vurdere anskaffelsesbehovet når det gjelder medisinskteknisk utstyr, og påse at det gjøres gode prioriteringer av nødvendige investeringer.

Hamar, 4. mars 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Styret inviteres i denne saken 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 2017 til 2020. Sentralt i dette står de medisinske og helsefaglige vurderingene av utviklingen i behovet for spesialisthelsetjenester og pasientbehandling i perioden, samt forutsetninger knyttet til ressurstilgang og økonomisk handlingsrom for å realisere nødvendige investeringer.

Referansesakene til denne saken er i første rekke sak 044-2015 *Økonomisk langtidsplan 2016-2019* og sak 071-2015 *Budsjett 2016. Fordeling av midler til drift og investering*.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Det strategiske grunnlaget for økonomisk bæreevne

Det strategiske grunnlaget for arbeidet med økonomisk langtidsplan fremgår av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*, samt de overordnede målene som foreslås for perioden 2017-2020.

Økonomisk langtidsplan representerer en konsekvensvurdering av etablerte strategier og planer.

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår.

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.

Alle helseforetakene utarbeider egne økonomiske langtidsplaner på grunnlag av de planmessige forutsetninger som styret gir gjennom denne saken. Helseforetakenes planer vil være innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen. Det er viktig at disse planene behandles i helseforetaksstyrene, noe som innebærer en formalisert forankring av de vurderinger som gjøres lokalt.

Det er lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være førende for utarbeidelse av årsbudsjett første året, og veiledende for de neste tre årene.

Økonomisk langtidsplan 2017-2020 vil bli forelagt styret 16. juni 2016.

2.2 Nye overordnede rammebetingelser

Våren 2016 vil Stortinget behandle Nasjonal helse- og sykehusplan, *Meld. St.11(2015 - 2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Administrerende direktør vil senere komme tilbake til denne planen og konsekvenser av de føringer som der vil bli gitt.

I tillegg legger Kvinnslandutvalget frem innstillingen om organiseringen av eierskapet til sykehusene i desember 2016. Dette utvalget skal utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene.

Den politiske oppfølgingen av disse dokumentene vil få konsekvenser for foretaksgruppen Helse Sør-Øst i løpet av perioden 2017-2020.

Videre er det nylig lagt frem flere stortingsmeldinger som er relevante og viktige for helseforetakene, herunder

- *Meld. St.12(2015-2016) Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- *Meld. St.19(2014-2015) Folkehelsemeldingen*
- *Meld. St.26(2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- *Meld. St.28(2014-2015) Legemiddelmeldingen*

2.3 Mål for perioden 2017-2020

Helse- og omsorgsministeren har satt følgende overordnede mål for spesialisthelsetjenesten i 2016:

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

Det legges til grunn at disse målene også vil være førende for økonomiplanperioden.

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrud
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent
- 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

På bakgrunn av endringer i lov om pasient- og brukerrettigheter som trådte i kraft 01.11.2015 foreslås en mindre justering i det tredje overordnede målet. Dette for at det skal bli mer presist og i tråd med nye bestemmelser:

- *Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen*

Dagens mål innen HR- området om oppfølging av medarbeiderundersøkelsen har vært relevant og hensiktsmessig for å styrke fokuset på arbeidsmiljøutviklingen i foretaksgruppen. Intensjonen har vært å legge til rette for en ledelsespraksis som bygger på en bred involvering av ansatte i det lokale utviklingsarbeidet.

Det er imidlertid vurdert om et annet strategisk perspektiv innen HR- området burde vært fremhevet for resten av planperioden, blant annet ut fra:

- forventet aktivitetsvekst frem mot 2030 uten tilsvarende økning i ressurstilgang
- større konkurranse om kompetent arbeidskraft både mellom sektorer og innad i sektoren
- varslet fremtidig mangel på kritisk kompetanse fra foretakene
- krav om økt planleggingshorisont og økt produktivitet fra eier

Samlet sett gir dette behov for å forsterke fokuset på bedre ressursutnyttelse og styring av personalressurser i forhold til planlagt aktivitet, samt en økt systematikk i arbeidet med kompetanseutvikling. Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og strategisk kompetanseutvikling vil være vesentlige faktorer for planperioden, og dette understrekes ved at det er stilt krav om dette i oppdrag og bestillingsdokumenter til helseforetakene for 2016.

Etter en samlet vurdering foreslår imidlertid administrerende direktør at eksisterende mål innen HR- området videreføres i økonomiplanperioden.

2.4 Det generelle utfordringsbildet i foretaksgruppen

Helse Sør-Øst skal gi et godt spesialisthelsetilbud til den enkelte med god kvalitet. Samtidig skal de store samfunnsmessige verdier i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr og bygg, forvaltes på en god og fremtidsrettet måte. Dette er uttrykt i visjonen: *“Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.”*

2.4.1 Demografisk utvikling

Helse Sør-Øst leverer i dag spesialisthelsetjenester til ca. 2,95 millioner innbyggere eller 56 % av befolkningen i Norge og ivaretar i tillegg landsfunksjoner innen flere områder. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser en befolkningsvekst i alle sykehusområder i kommende økonomiplanperiode, med størst økning i Akershus og Oslo sykehusområder og lavest vekst i Innlandet sykehusområde, jf. Tabell 1:

Sykehusområde	2017	2018	2019	2020	2017-20
Akershus	512 998	520 697	528 317	535 819	4,4 %
Innlandet	403 310	405 562	407 843	410 168	1,7 %
Oslo	562 893	571 597	579 788	587 576	4,4 %
Sørlandet	304 739	308 354	311 953	315 548	3,5 %
Telemark- Vestfold	406 159	409 037	411 955	414 896	2,2 %
Vestre Viken	490 197	495 485	500 654	505 733	3,2 %
Østfold	295 085	298 190	301 320	304 428	3,2 %
Sum	2 975 380	3 008 920	3 041 828	3 074 165	3,3 %

Tabell 1 Befolkningsutvikling pr. sykehusområde. Kilde SSB

Alle sykehusområdene vil få en økt andel eldre i løpet av planperioden. Andelen eldre vil øke mest i Innlandet sykehusområde, jf. Tabell 2 som viser andel av befolkningen i sykehusområdene over 70 år i 2017 og 2020:

Sykehusområde	2017	2020
Akershus	10,4 %	11,1 %
Innlandet	14,4 %	15,4 %
Oslo	8,3 %	8,7 %
Sørlandet	11,3 %	12,1 %
Telemark- Vestfold	13,2 %	14,1 %
Vestre Viken	11,8 %	12,5 %
Østfold	12,8 %	13,6 %
Sum	11,5 %	12,2 %

Tabell 2. Andel av befolkningen over 70 år. Kilde SSB

Effekten av en aldrende befolkning blir mest synlig etter 2020, men krever at spesialisthelsetjenesten forbereder seg i perioden fremover. Det må i planperioden tas høyde for at antallet eldre som lever med kreft, kroniske sykdommer og livsstilssykdommer øker jevnt.

2.4.2 Mer effektiv bruk av ressursene

Det forventes ikke realvekst i ressurstilgangen til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for aktivitetsvekst som følge av endring i befolkningens størrelse og sammensetning.

I de nærmeste årene vil det være behov for å øke aktiviteten. Aktivitetsbehovet er dels demografisk betinget, dels betinget av sykdomsutvikling og medisinsk utvikling inklusive nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Fremover vil det også være behov for økt innsats innen forskning og utvikling samt et behov for økte investeringer i IKT- løsninger, bygg, vedlikehold og medisinsk teknisk utstyr.

I tillegg bidrar overføring av finansieringsansvaret for nye og kostbare legemidler til regionale helseforetak uten tilstrekkelig økonomisk kompensasjon til økt økonomisk utfordring.

Videre gir den økte flykningetilstrømmingen utfordringer også for spesialisthelsetjenesten.

Når det innenfor de gitte rammene også skal genereres positive resultater for å skape handlingsrom for investeringer, betinger dette i sum mer effektiv bruk av ressursene.

2.4.3 Mulige strukturelle endringer i perioden

Som styret er kjent med, pågår det et større prosjekt i regionen knyttet til ressursutnyttelsen av helseforetakene og sykehusene i hovedstadsområdet (kapasitetsprosjektet). Det vises bl.a. til sak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus*. Rapporten fra dette prosjektet er på høring, og det er ikke innarbeidet noen økonomiske omfordelingsvirkninger i denne økonomiske langtidsplanen verken som følge av eventuell omlegging av opptaksområder eller endret funksjon- og oppgavefordeling.

Det videre arbeidet med kapasitetsprosjektet i hovedstadsområdet vil bli sett i sammenheng med idéfaseprosjektet ved Oslo universitetssykehus HF og utviklingsplanarbeidet ved Akershus universitetssykehus HF. I et lengre perspektiv vil kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet ses på i sammenheng med utarbeidelsen av regional utviklingsplan, jf. protokoll fra foretaksmøte i

Helse Sør-Øst RHF om krav og rammer mv for 2016. En slik plan skal fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov i regionen. Her vil også vurderingen av Kongsvinger sykehus sin tilhørighet bli vurdert, jf protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 17. august 2015.

Styret har tidligere vedtatt å overføre Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF, jf. sak 090-2014. En endelig vurdering av gjennomføringstidspunktet for dette må gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold HF i 2015-2016. Det vil bli gjort en ny vurdering av kapasitetsmulighetene for Sykehuset Østfold HF til å overta ansvaret for å gi befolkningen i Vestby spesialisthelsetjenester før styret blir invitert til å fatte endelig beslutning. Eventuell overføring av Vestby kommune er ikke innarbeidet i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2017-2020.

2.5 Medisin- og helsefaglige vurderinger og utfordringer

2.5.1 Kvalitet og trygghet i tjenestene

Det skal være god styring, herunder solid forankring i styre og linjeledelse på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det forventes fokus på måling av resultater og åpenhet rundt disse, herunder at helseforetakene bidrar til at medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har god dekningsgrad og datakvalitet, samt at kunnskapen blir tilgjengeliggjort for pasienter og fagmiljø for å sikre at den brukes i forbedringsarbeid til å redusere uønsket variasjon i forbruksmønster, klinisk praksis og kvalitet. I tillegg må det arbeides med å sikre tilstrekkelig endringskompetanse på alle nivå, spesielt i pasientnær virksomhet. Åpenhet om uønskede hendelser er viktig, og hendelsene skal analyseres for å finne årsaker med sikte på forbedring.

Infeksjonsforebygging og smittevern krever oppmerksomhet. Forekomst av antibiotikaresistens er en økende utfordring og arbeidet med reduksjon av sykehusinfeksjoner krever større innsats ved helseforetakene.

Korridorpasienter skal unngås, noe som krever tiltak og systematisk arbeid.

2.5.2 Pasientens helsetjeneste

Brukermedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå skal bidra til bedre tjenester, reduksjon av feil og bedre ressursutnytting. IKT-verktøy skal sikre at pasientrapporterte data dokumenteres aktivt i pasientforløpet. Nasjonale og lokale brukererfaringsundersøkelser forventes brukt som grunnlag for forbedringsarbeid, og vil bli vektlagt i kvalitetsbasert finansiering. Helsepersonellens kommunikasjonskompetanse bør styrkes.

Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for at pasienter som ønsker en aktiv rolle i valg av behandlingsform får anledning til dette, og at samvalgsværktøy gjøres tilgjengelig innenfor flere diagnoseområder. Det forventes at pasienter skal kunne ha tilgang til og bruke personlig helseinformasjon og kommunisere med sykehuset på nett. Dette vil også bidra til å redusere det høye antallet av pasienter som ikke møter til avtalt time, og dermed øke tilgjengeligheten som igjen kan redusere antall ventende.

2.5.3 Utvidede pasientrettigheter og krav til planlegging

Utvidede pasientrettigheter i form av lovendringer og nye nasjonale ordninger fordrer god organisering, samhandling og logistikk. I denne sammenheng må det pasientadministrative arbeidet prioriteres, ikke minst som følge av endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven.

I planperioden er fritt behandlingsvalg innført, pakkeforløp for nye pasientgrupper skal implementeres, og det vil fortsatt være utfordringer med å fjerne flaskehals og forbedre logistikken for pakkeforløp kreft. Dette må igjen ses i sammenheng med arbeidet med helhetlige pasientforløp (forløp fra hjem til hjem) samt Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder.

Alle disse forholdene stiller økte krav til helseforetakenes evne til helhetlig og langsiktig planlegging og organisering. En planleggingshorisont på minimum seks måneder i alle poliklinikker er avgjørende for å sikre god tilgjengelighet i form av korte ventetider og ingen fristbrudd. God tilgjengelighet fordrer også utstrakt grad av samhandling internt, mellom sykehus og med fastleger/kommunehelsetjeneste.

Dette innebærer behov for ressursplanlegging knyttet til pasientadministrativt arbeid og oppfølging, herunder opplæring i riktig håndtering av pasientinformasjon og bruk av pasientadministrative systemer.

Bedre utnyttelse av operasjonsstuer og medisinsk teknisk utstyr er nødvendig for å redusere ventelister og oppnå optimal liggetid. Det forutsettes en systematisk erfaringsutveksling med helseforetak som har effektive pasientforløp med korte liggetider, høy utnyttelse av kapasiteten og god tilgjengelighet.

2.5.4 Samhandlingsreformen

Fra 1. januar 2016 skal alle kommuner ha etablert tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp. Det blir viktig for helseforetakene å følge med på om denne etableringen gir forventet effekt med redusert antall sykehusinnleggelses. Fra 2017 er det varslet at det kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbudet også skal omfatte pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling/TSB, jf. punkt 2.8.5.

I planperioden må helseforetakene bidra til desentraliserte og/eller ambulante spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene. Det er en forutsetning at omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til en helhetlig tilnærming til felles kompetanse- og personellutfordringer.

2.5.5 Planforutsetninger

Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for og sikre tilgang til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester i alle sykehusområdene. Med utgangspunkt i kjennetegn som behov, befolkningsvekst og forbruk vil vekst innen de ulike tjenesteområdene kunne variere mellom sykehusområdene.

I 2017 legges det som planforutsetning opp til å realisere aktivitetsvekst høyere enn demografisk betinget behovsvekst innen alle tjenesteområder. Det skal legges til rette for en vekst i pasientbehandlingen på i overkant av 2 % (inkl. aktivitetsvekst til fritt behandlingsvalg). Vekst omfatter spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Prioriteringsregelen videreføres. Det legges til grunn at det realiseres en vekst i aktiviteten innen somatikken på om lag 8 % i planperioden.

Helseforetakene kan budsjettere med høyere vekst forutsatt at krav om prioritering mellom tjenesteområder oppfylles og det skjer innen rammene av en bærekraftig økonomi. Hensikten er å øke tilgjengelighet og kapasitet innen de tjenesteområdene som har særlig behov. Krav med hensyn på innretning av og vekst i pasientbehandlingen, herunder aktivitet målt i DRG-poeng, settes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år.

I planleggingen må det særlig tas høyde for usikkerhet relatert til fritt behandlingsvalg, flyktningssituasjonen og etablering av akutt døgntilbud i kommuner innen psykisk helsevern og rusbehandling.

2.5.6 Prioritering

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er satsingsområder. Pasienter med alvorlig rus- og psykisk sykdom har betydelig overdødelighet, bl.a. som følge av kronisk, somatisk sykdom. Det forventes at alle sykehus vier denne co-morbiditeten særlig oppmerksomhet, for å ivareta enkeltpasientene og pasientgruppen koordinert og bedre. Samarbeid med førstelinjetjenesten omkring enkeltpasienter er her avgjørende.

Prioriteringsregelen om at aktivitetsveksten innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn somatikk gjelder på regionnivå. Det forutsettes imidlertid at helseforetakene og sykehusene i sine aktivitetsbudsjetter legger til rette for at denne regelen innfris. Aktivitetsveksten skal måles i antall polikliniske konsultasjoner.

2.5.7 Psykisk helsevern

Mennesker med psykiske lidelser har redusert forventet livslengde og det finnes undergrupper med høyere mortalitet. Arbeidet med forebygging av selvmord og reduksjon i bruken av tvang skal intensiveres. Det skal være en fortsatt styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, inklusiv ambulante akutt-team. Døgnkapasiteten i regionen er redusert betydelig siste år og det må utvises forsiktighet ved eventuell ytterligere omstilling, sett i lys av sykелighet, samfunnsutviklingen og økningen i antall dømte til behandling.

Det skal være god poliklinisk tilgjengelighet og døgnbehandlingstilbud innen voksenpsykiatri (VOP) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) i alle sykehusområder. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser/psykoser og tilbakevendende symptomatologi skal sikres god tilgjengelighet og helhetlige pasientforløp med mulighet for langtidsrettet poliklinisk behandling i DPS, i kombinasjon med innleggelse i spesialisert døgnbehandling når dette er påkrevet. Det legges til rette for økt frivillighet, brukerstyrte tilbud, og legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.

Behandling av tvangslidelser som en spesialisert, poliklinisk områdefunksjon i alle sykehusområder innen BUP og VOP skal sikres i henhold til føringer, gjennomført opplæringsprogram og etablerte funksjoner. For behandling av spiseforstyrrelser skal det være god tilgjengelighet til både poliklinisk og døgnbasert behandling.

Det skal være særskilt oppmerksomhet knyttet til de alvorligste psykisk syke, god traumebehandling, voldsrisikovurderinger, samt tilstrekkelige ressurser og kapasitet innen akutt og sikkerhetspsykiatri "nivå 2" i alle helseforetak/sykehus. Kapasiteten innen regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF, med egen enhet for langtidsbehandling av særlig farlige pasienter vil følges opp.

Arbeidet med pakkeforløp psykisk helsevern skal initieres og følges opp i henhold til nasjonale og regionale føringer. Omfanget og variasjonen i andel avslag av henviste pasienter innen psykisk helsevern krever nærmere oppfølging.

2.5.8 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De samlede aktivitetstallene for 2015 viser en klar økning både i antallet utskrevne pasienter fra døgnbehandling, antallet liggedøgn og i antallet polikliniske konsultasjoner sammenlignet med 2014.

Det var i 2015 en nedgang i ventetid, men det er fortsatt en betydelig ventetid hos flere av de private avtalepartene samtidig som det er kort ventetid hos andre. I 2013 og 2014 ble foretatt en betydelig økning av kapasiteten innen døgnbehandling gjennom kjøp av ytterligere 140 døgnplasser, samt gitt betydelige midler for å sikre helhetlige behandlingstilbud og ambulansetjenester hos avtalepartene. Løpende avtaler er nå innført og kan bidra til et tettere og mer fleksibelt samarbeid med leverandørene og mellom leverandørene, helseforetakene og kommunene før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin ble opprettet i 2014, noe som har ført til godkjenning av de første spesialistene. Det er viktig at både helseforetakene og de aktuelle private leverandørene lager gode utdanningsløp og prioriterer opprettelse av utdanningsstillinger.

Regjeringen vedtok i 2015 en opptrappingsplan for rusfeltet hvor hovedvekten av satsningen skjer innen førstelinjetjenesten. Det forventes imidlertid også en aktivitetsøkning innen spesialisthelsetjenesten gjennom fritt behandlingsvalg og ved at helseforetakene prioriterer rusfeltet innen for sine økonomiske rammer. Det vil med bakgrunn i den statlige opptrappingsplanen være naturlig å revidere den regionale strategiplanen innen TSB i planperioden.

2.5.9 Habilitering og rehabilitering

Helse Sør-Øst har inngått løpende avtaler med 30 rehabiliteringsinstitusjoner gjeldende fra 1.1.2015. Avtalene dekker 16 ulike fagområder/ delytelser og har en totalramme på omlag 1,2 milliarder kroner. Den delen av spesialisert rehabilitering som ytes av private i dag, anses å ha tilstrekkelig kapasitet totalt sett. Løpende avtaler vil bidra til et tettere og mer fleksibelt samarbeid som skal sikre kvalitet og at tilbudet kan utvikles og justeres i takt med oppbygging av tilbud i kommunen.

Regjeringen har foreslått at retten til fritt rehabiliteringsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, og at rehabilitering senere kan fases inn i godkjenningsordningen under fritt behandlingsvalg. Helse Sør-Øst praktiserer imidlertid fritt rehabiliteringsvalg og en stor andel pasienter har konkrete ønsker om bestemte institusjoner.

Helse Sør-Øst skal tilby tilstrekkelig habilitering/rehabilitering til barn og unge med alvorlig skade, og en bedre dekning for livsfaseovergangene fra ungdom til voksen med fortsatt behov for habilitering og rehabilitering. Videre skal tjenestetilbudet til barn og unge med funksjonsnedsettelse og/eller kroniske sykdommer videreutvikles i et nært samarbeid mellom barneavdelingene, BUP og barnehabilitering. En statlig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering er tidligst varslet i 2017. Selv om kommunene antas å få et tydeligere ansvar for rehabilitering som en følge av Nasjonal helse- og sykehusplan, må rehabilitering i helseforetak bevares, styrkes og spesialiseres ytterligere. Rehabilitering skal inngå i pasientforløpene der det er relevant. En flerårig plan for kapasitetsbehov skal utarbeides på basis av sykehusområdenes områdeplaner og regionens samlede "sørge for"-ansvar.

2.5.10 Utredning, behandling og oppfølging av kreft

I planperioden øker kreftområdet og det er store utfordringer knyttet til både sykdomsutvikling og utrednings- og behandlingsmuligheter. Det er en overordnet målsetting at alle pasienter i regionen skal ha lik tilgang på strålebehandling. I dag er forbruket lavere i fylker der reiseavstanden til avdeling med stråleterapitilbud er lang relativt sett, jfr. rapporter om stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst fra 2014 og 2015. Samlet i regionen har forbruket av stråleterapi gått ned fra 2011. Dette er ikke en ønsket utvikling, spesielt fordi forbruket ligger under det estimerte medisinske behovet.

En reduksjon i reiseavstand til stråleterapienhet, samt et robust og godt fagmiljø er viktige faktorer for å kunne gi alle pasienter i regionen en lik tilgang til strålebehandling. For både å redusere reisevei for pasientene, øke stråleterapibruken i fylker med underforbruk og møte økt kapasitetsbehov i regionen, er det foreslått å etablere nye stråleterapienheter i hvert sykehusområde fram mot 2030, samt å øke kapasiteten på de etablerte stråleterapienhetene.

Helseforetakene må ha en plan for å styrke tilgjengelighet og henvisning til stråleterapi for kreftpasienter i eget sykehusområde, og må vurdere egne forutsetninger for etablering av stråleterapi inklusiv økonomisk evne til å bære nødvendige investeringer.

Administrerende direktørs vurdering av faglige kriterier, prioritering av videre utvidelser og rekkefølge for etablering av stråleenheter i nye sykehusområder / helseforetak vil bli forelagt styret til behandling i løpet av 2016.

2.5.11 Akuttmottak, prehospitaltjenester og pasientreiser

Å sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud krever en godt fungerende akuttmedisinsk tjeneste. Utviklingstrekkene tilsier økt behov for oppstart av behandling på vei inn i sykehusene og dermed avansert utstyr for diagnostikk som grunnlag for oppstart av behandling. Standardisering og etablering av fellesfunksjoner er sentrale utviklingsområder i Helse Sør-Øst. Dette gjelder også IKT-området.

Det forutsetter at alle aktørene samarbeider om felles planlegging av ressursbruk og dimensjonering. Kravet til forpliktende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, for å sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene, har blitt styrket i løpet av de senere år. Helseforetakene må sammen med kommunene gjennomgå den akuttmedisinske beredskapen i sitt ansvarsområde.

Akuttmottakene har en sentral plass i den akuttmedisinske kjede. Det er meldt om avvikshendelser i akuttmottak som avdekker systemfeil, manglende tilgjengelighet på faglig kompetanse, ulikheter i organisering m.m. Helseforetakene må gjøre en felles innsats for å redusere variasjon i tjenestetilbudet i akuttmottakene.

I foretaksprotokollen for 2013 er de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å igangsette et arbeid for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon, dvs. reiser hvor pasienten selv fyller ut reiseregning og får refundert utgiften. Styrene i de regionale helseforetakene vil bli forelagt en likelydende sak om dette, og administrerende direktør vil derfor komme tilbake til denne saken.

2.5.12 Legemidler

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak vil kunne utgjøre en økonomisk utfordring i perioden.

De største kostnadsøkningene antas å komme fra nye kreftlegemidler og MS-legemidler.

For legemidlene overført i statsbudsjettet for 2016 er det usikkerhet særlig knyttet til kostnadene for hepatitt C-legemidlene. Flere pasienter enn de som behandles i dag er aktuelle for behandling med nye hepatitt C-legemidler. Dagens retningslinjer tilsier behandling bare av pasienter med mer fremskredet leversykdom, men det kan i praksis bli vanskelig å avvise pasienter med mild leversykdom når det nå finnes en effektiv behandling som disse kan ha nytte av.

Anbudskonkurransen kan gi reduserte priser, mens endringer i intervensjonsnivået som konsekvens av endrede retningslinjer potensielt kan gi betydelig kostnadsøkning.

Helseforetakene må ta høyde for økonomisk risiko knyttet til legemidler i sine økonomiske langtidsplaner.

2.5.13 Avtalespesialister, private leverandører og fritt behandlingsvalg

Nye rammeavtaler for avtalespesialistene er fremforhandlet, og forutsettes iverksatt fra 2016. Avtalen åpner for et tettere samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene og det arbeides i denne sammenheng med en regional plan for avtalespesialistområdet med god fordeling geografisk og per spesialitet samt en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom avtalespesialistene og sykehusenes poliklinikker.

Når det gjelder private leverandører, vil det for planperioden gjennomføres behovsvurderinger innen kirurgi og laboratoriefag med tanke på nye anskaffelser/ justeringer av eksisterende avtaler. For radiologi ble det i 2015 gjennomført en ny anskaffelse etter en omfattende behovsvurdering. Innen psykisk helsevern og TSB er det løpende avtaler og her vil det kun vurderes justeringer som følge av behovsutviklingen. Det anses å være tilstrekkelig kapasitet samlet sett innenfor rehabiliteringsområdet, og eventuelle justeringer mellom områder gjøres innenfor dagens totalramme.

Det gis mulighet for helseforetakene til selv å inngå tidsbegrensede avtaler med private leverandører for å avhjelpe særskilte utfordringer knyttet til kapasitet og ventetider.

Fritt behandlingsvalg innebærer at private leverandører som tilfredsstiller kravene innen definerte fagområder kan levere tjenester til en fastsatt pris. Pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp kan velge blant disse leverandørene. Kostnadene dekkes av det enkelte helseforetak, som er tildelt midler til dette i sin budsjettamme, jf. punkt 2.8.3.

Ordningen har innledningsvis fått lite omfang, da relativt få leverandører har søkt om godkjenning og enda færre har blitt godkjent. Det er likevel uvisst hvilket omfang ordningen etter hvert vil få og hvilke kostnader som vil bli fakturert det enkelte helseforetak fra HELFO, jf. også punkt 2.8.3.

2.6 Vurdering og utfordringer innen HR- området

2.6.1 Fremskrivning av bemanningsbehov

Som ledd i arbeidet innen Helse Sør-Øst med strategisk kompetanseutvikling, er det i 2014 -15 utarbeidet en nasjonal bemanningsmodell med mulighet for å fremskrive scenarioer for bemanningsbehovet.

Det er foretatt en analyse som indikerer et langsiktig behov for styrking av kompetansen innen enkelte områder /endret kompetansesammensetning innen følgende områder:

- Økt behov for sykepleiere med grunnutdanning. Utdanningskapasiteten bør økes etter en nærmere fastsatt plan som omfatter tilpasning av praksiskrav og praksisplasser
- Økning i behov for spesialsykepleiere. Den medisinsk-teknologiske utviklingen som styrer legenes spesialisering påvirker også behovet for spesialsykepleiere. Ved tre fjerdedeler av helseforetakene er det i dag mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere. Utdanningskapasitet for spesialsykepleiere må økes
- Økt behov for legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi. Det vil antakelig også bli en økt generell etterspørsel etter legespesialister som følge av ny spesialiseringsstruktur

Det offentlige helsevesen vil få stadig større utfordringer med å sikre en tilstrekkelig rask gjennomstrømming av kandidater innen alle fagområder. Private leverandører må derfor ta et større ansvar i utdanningsammenheng.

Også innen andre fagområder vil foretakenes kapasitet måtte styrkes. Behovsanalysen peker spesielt på:

- Økende behov for bioingeniører og stråleterapeuter. Dette krever bl.a. at utdanningskapasiteten for disse gruppene bygges ut etter nærmere utredning av omfanget
- Behov for reetablering og styrking av helsesekretærrollen. Dette anses som et sentralt virkemiddel for å avlaste klinikerne og for å sikre trygg oppfølging av det pasientadministrative arbeidet

2.6.2 Ny organisering av utdanningsløp for leger

40-50 % av legeårsverkene ved sykehusene utføres av leger i spesialisering (LIS). I ny modell for legespesialisering har helseregionene fått ansvaret for den operative delen av utdanningen. Praksisnær veiledning og supervisjon er en betydelig og viktig del av spesialiseringen, og vil trolig være den delen av utdanningen som krever mest ressurser. Den mer praksisbaserte utdanningen krever utvikling og gjennomføring av et opplæringsprogram for veiledere som deretter skal veilede overleger/erfarne LIS etter *teach-the-teacher* modellen.

Beregninger i forbindelse med høringsprosessen knyttet til ny modell for legespesialisering i 2014, viste betydelig økte driftskostnader til veiledning, økte kostnader ved at færre kan gå i vakt og merkostnader til kjøp av spesialistkurs, e-læring, veilederkurs og etterutdanning fra universitetene. Det er ikke gitt kompensasjon over statsbudsjettet til de regionale helseforetakene for disse kostnadene. Helseforetakene må derfor selv finansiere økte kostnader på dette området innen de gitte rammer.

Samtidig må det forventes at den langsiktige innsatsen for bedre ressursstyring ved hjelp av nytt arbeidsplansystem, mer helhetlig bemanningsplanlegging og effektivisering av arbeidsprosesser samt styrket kompetanse hos linjeledere etterhvert gir resultater i form av produktivitetsforbedringer. På lengre sikt vil bruk av ny teknologi og en forbedring av dagens teknologiske løsninger kunne bidra til å redusere veksten i bemanningsbehov. Det er også sannsynlig at teknologi vil kunne bidra til en mer effektiv samhandling med kommunehelsetjenesten og muliggjøre en mer effektiv arbeidsdeling mellom behandlingsnivåene.

2.6.3 Betydning av ledelse

Ledelse og organisering av tjenesten blir sentralt for å klare å nå målsetningene i planperioden. Foretakene må utvikle en ledelseskultur og arbeidsgiverpolitikk som understøtter at de kan nå sine målsetninger. Utvikling av nye arbeidsformer, utvikling av teamkulturer og et arbeidsmiljø preget av medvirkning og lederskap blir sentrale elementer i foretakenes langsiktige arbeid med å legge grunnlaget for god ressursstyring og strategisk kompetanseutvikling. Dette, samt kravene til økt effektivisering og nye arbeidsformer forutsetter tydelig ledelse kombinert med tilstrekkelig medarbeiderinvolvering.

2.7 Vurdering av og utfordringer knyttet til forskning og innovasjon

2.7.1 Lovpålagt oppgave

Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver for helseforetakene og er en sentral premisse for helsetjenestens kvalitet og utvikling. Den skal komme befolkningen til gode gjennom etablering av ny kunnskap og økt kompetanse. Egen forskningsaktivitet fremmer kritisk tenkning, gir økt kvalitetsbevissthet og setter helsetjenesten i bedre stand til generelt å nyttiggjøre seg internasjonale forskningsresultater og erfaringer.

Forskningen skal frembringe kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, habilitering og rehabilitering, opplæring og mestring samt innovasjon og næringsutvikling. Dette kunnskapsgrunnlaget skal bidra til høyere kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

Innovasjon bidrar til forbedringer av tjenestetilbudet gjennom nye behandlingsmetoder, bedre prosesser og ny teknologi

Helse Sør-Øst har de senere årene styrket sin stilling som ledende region innen forskning, jf Tabell 3 under:

Gjennomsnittlige treårige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak				
	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014
Helse Sør-Øst	60,2	61,3	61,5	61,6
Helse Vest	21,7	20,6	20,6	20,3
Helse Midt-Norge	9,6	9,9	9,5	9,7
Helse Nord	8,4	8,2	8,4	8,4

Tabell 3. Andel forskningspoeng i RHF'ene. Kilde: Prop. 1S (2015-2016)

Det er viktig at forskning ved andre foretak enn universitetssykehusene styrkes. For 2016 er det derfor avsatt inntil 6,0 millioner kroner til strategiske tiltak knyttet til dette formålet. Slike tiltak vil bli konkretisert i samarbeid med regionalt forskningsutvalg og vil innrettes mot kompetanseheving, nettverksstrukturer og økt internasjonalt samarbeid i tilknytning til forskning.

Oslo universitetssykehus HF sto i 2010 for 76,5 % av forskningspoengene i regionen, denne andelen er falt til 71,9% i 2014, dvs. at relativt mer av forskningen over tid skjer ved andre helseforetak og sykehus enn ved Oslo universitetssykehus HF, jf. Tabell 4:

Forskningsproduksjonen har også økt ved Oslo universitetssykehus HF, men økningen har vært sterkere i regionen for øvrig.

	Andel 2010	Andel 2011	Andel 2012	Andel 2013	Andel 2014
Oslo universitetssykehus HF	76,5 %	73,5 %	72,8 %	71,7 %	71,9 %
Akershus universitetssykehus HF	5,5 %	5,9 %	7,4 %	6,3 %	7,0 %
Sum universitetssykehus	82,0 %	79,5 %	80,2 %	78,0 %	79,0 %
Øvrige HSØ	18,0 %	20,5 %	19,8 %	22,0 %	21,0 %
I alt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 4. Forskningspoeng 2010- 2014. Kilde: NIFU

2.7.2 Finansiering av forskning

I Plan for strategisk utvikling 2013-2020 er det målsatt på sikt å øke ressursinnsatsen til forskning og innovasjon til 5 % av helseregionens driftsbudsjett. Basert på 2015-tall tilsvarer dette en ressursbruk på om lag 3,9 milliarder kroner, mens ressursbruken i 2015 til forskning var om lag 2 milliarder kroner. Det anses svært utfordrende å nå 5%- målet i løpet av kommende økonomiplanperiode.

Forskning i helseforetak finansieres av følgende kilder

- Midler fra helseforetakets egen basisramme
- Øremerkede forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet som gis over statsbudsjettet
- Regionale strategiske forskningsmidler, som tildeles spesifikt fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF
- Eksterne midler fra for eksempel Forskningsrådet, Kreftforeningen, EU, private givere m.fl.

Den største delen av forskningsfinansieringen skjer i dag fra helseforetakenes basisrammer. Som følge av et generelt økt press på økonomien i helseforetakene vil det være nødvendig med en betydelig vekst i de eksterne midlene for å nærme seg 5% - målet.

I hovedsak vil dette dreie seg om finansiering fra Norges forskningsråd og andre større nasjonale finansieringskilder som Kreftforeningen, samt innhenting av forskningsmidler fra EUs rammeprogram for forskning. En bedre samordning med Universitetet i Oslo er også viktig, ikke minst for å oppnå et tilstrekkelig støtteapparat for utforming av slike søknader. Sentralt for dette er bygging av gode og effektive stimuleringsordninger for forskningsmiljøer for å øke søknadskvalitet og tilfang.

Størrelsen på de regionale, strategiske forskningsmidlene vedtas av styret hvert år i forbindelse med budsjettbehandlingen. De siste årene utgjør disse midlene om lag 260 millioner kroner.

Dette tilsvarer om lag beløpet som gis over statsbudsjettet som øremerket tilskudd.

Det legges ikke inn noen økning i disse midlene som planforutsetning for perioden 2017-2020.

2.8 Økonomiske rammeforutsetninger i perioden

2.8.1 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Formålet med inntektsmodellen er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de økonomisk settes i stand til å levere likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.

For å ta hensyn til pasientflyt mellom sykehusområdene har modellen også en mobilitetskomponent.

Det er etablert modellelementer som fordeler basisrammer innenfor tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern, TSB og prehospitale tjenester. Dette fordi det er ulike faktorer som er bestemmende for behovet for tjenester innen hvert av tjenesteområdene. Det er i tillegg utviklet et modellelement som fordeler midler til forskning.

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.

De inntektsrammene som helseforetakene gis fra det regionale helseforetaket, gis 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.

Inntektsmodellen fordeler basisrammer til sykehusområdene, dvs. de helseforetakene og private ideelle sykehus som har et definert geografisk opptaksområde. Dette omfatter alle helseforetakene i regionen med unntak av Sykehuspartner HF, 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. I forbindelse med budsjettprosessen for 2017 vil de økonomiske rammebetingelsene for disse sykehusene bli vurdert særskilt. Sunnaas sykehus HF får tildelt basisramme ut fra avtale med det regionale helseforetaket. Sykehusapotekene HF får ikke inntektsrammer fra det regionale helseforetaket, men får sine inntekter fra produksalg og tjenesteleveranser til helseforetakene og publikum. Sykehuspartner HF finansierer sin virksomhet hovedsakelig via tjenestepriser.

Innføring av inntektsmodellen over år samt oppdatering av grunnlagsdata har enkelte år gitt betydelige omfordelinger mellom helseforetak. I slike tilfeller vurderes det å gi tidsbegrensede inntektstilskudd for å gi helseforetakene noe mer tid på å tilpasse seg de endrede inntektsmessige rammene.

Det er videre definert enkeltforhold som finansieres direkte, det vil si på siden av inntektsmodellen. Dette gjelder inntekter til finansiering av regionale behandlingstilbud eller funksjoner. Det vil bli foretatt en ny vurdering av disse forholdene i forbindelse med budsjettprosessen 2017.

Som oppfølging av sak 044-2015 *Økonomisk langtidsplan 2016-2015*, er det gjort en gjennomgang av alternative modeller for håndtering av midler knyttet til økte pensjonskostnader. Bakgrunnen var at inntektsmodellen for 2016 gav store omfordelinger av inntekter knyttet til pensjon. På bakgrunn av denne gjennomgangen er innstillingen fra administrerende direktør at det ikke er oppstått forhold som i tilstrekkelig grad begrunner en endring av styrets tidligere beslutning om at kompensasjon for økte pensjonskostnader fordeles via inntektsmodellen.

Det er nå foretatt oppdateringer av datagrunnlaget som benyttes i inntektsmodellen. Tabellen under viser årlige omfordelingseffekter av inntektsmodellen i perioden samlet for alle tjenesteområder, inklusive kapital, pensjon og forskning. Tallene for 2017 viser endringen fra 2016, og vil bli lagt til grunn inn mot 2017- budsjettet:

Omfordelinger sfa inntektsmodellen	2 017	2 018	2 019	2 020
Akershus SO	6 011	18 110	21 791	16 874
Innlandet SO	-21 176	-37 674	-36 592	-28 859
Oslo SO	-42 812	56 267	53 618	47 430
Sørlandet SO	-11 361	-1 992	-956	-516
Telemark og Vestfold SO	-22 465	-26 088	-24 432	-20 328
Vestre Viken SO	104 081	-6 399	-7 356	-8 438
Østfold SO	-12 278	-2 225	-6 074	-6 164
I alt	0	0	0	0

Tabell 5. Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2017-2020. 1000 kroner

Oppdatering av behovskomponenten i modellen viser en tilsvarende utvikling som tidligere år ved at veksten i Akershus og Oslo er relativt større enn veksten i de andre sykehusområdene.

I modellberegningene av effekter knyttet til avregning mellom helseforetakene av laboratorievirksomhet er det benyttet dagens Helfo- takster. Det er varslet at takstsystemet vil bli lagt om fra 2017. Dette vil bli hensyntatt i beregningene inn mot 2017- budsjettet, og kan innebære endringer i omfordelingseffektene fra inntektsmodellen i forhold til tallene i Tabell 5 over. Et alternativ til avregning vil være løpende fakturering.

Som nevnt består inntektsmodellen av et eget element for fordeling av inntekt til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger.

Oppdaterte beregninger fra januar 2016 viser en kraftig reduksjon i pensjonskostnaden. Det er beregnet modelleffekter for dette fra 2017.

2.8.2 Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF behandler et stort antall pasienter fra andre sykehusområder i regionen (gjestepasienter). Som en del av inntektsmodellen er det etablert en abonnementsordning knyttet til særlig ressurskrevende pasienter (lands- og regionfunksjoner) som behandles ved dette helseforetaket. For et gitt volum, finansieres disse pasientene med 123 % av ISF- prisen.

I tillegg til pasienter omfattet av abonnementsordningen, behandler Oslo universitetssykehus HF et stort antall gjestepasienter med ordinær gjestepasientfinansiering, dvs. 80% av ISF- prisen. Frem mot budsjett 2017 vil det bli sett nærmere på finansieringen av denne aktiviteten.

2.8.3 Midler til økt aktivitet

Det bevilges årlig økte midler i statsbudsjettet til å finansiere aktivitetsvekst, blant annet som følge av økt befolkning og endret befolknings sammensetning. De siste årene er det bevilget omlag 700 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF. For 2015 og 2016 er det i tillegg bevilget i alt 149 millioner kroner som følge av innføring av fritt behandlingsvalg.

Som en planforutsetning legges det opp til å videreføre forutsetningen om økt bevilgning fra forrige økonomiske langtidsplan, det vil si en økt bevilgning til aktivitetsvekst på 450 millioner kroner hvert år i perioden 2017-2020.

Fordelingen mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene avventes til den årlige budsjettbehandlingen, når det foreligger nærmere vurdering av økt behov for regionale midler. Inntil videre fordeles, som en planforutsetning, midlene som i økonomisk langtidsplan 2016-2019, det vil si 300 millioner kroner til helseforetakene/ sykehusene og 150 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.

Midler til fritt behandlingsvalg er innarbeidet i helseforetakenes basisrammer for 2016 med i alt 149 millioner kroner. Dette er summen av bevilgningene over statsbudsjettet i 2015 og 2016. Beløpet forutsettes videreført i helseforetakenes og sykehusenes basisrammer i perioden, og inntil videre legges det til grunn at dette nivået er tilstrekkelig til å finansiere aktiviteten innen denne ordningen. Dersom det blir gitt økt bevilgning til fritt behandlingsvalg i statsbudsjettet, vil en vurdere behovet for å styrke helseforetakene og sykehusene.

Tabell 6 under viser fordelingen i 2016 og forslaget til fordeling av økte midler i økonomiplanperioden:

	Fordelt i 2016	Økonomisk langtidsplan			
		2017	2018	2019	2020
Helseforetak og sykehus	614	300	300	300	300
<i>herav til økt aktivitet</i>	465				
<i>herav til fritt behandlingsvalg</i>	149				
Helse Sør-Øst RHF	250	150	150	150	150
I alt	864	450	450	450	450

Tabell 6. Fordeling i 2016 og forutsatte midler til økt aktivitet 2017- 20. Mill. kroner

Det forventes økte kostnader til finansieringen av nasjonale satsninger og de felleseide selskapene. Jf. sak 074-2015 *Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper* for nærmere omtale av organiserings- og styringsmessige utfordringer knyttet til disse selskapene.

Økte midler til Helse Sør-Øst RHF vil også disponeres til å bygge opp regionale likviditets- og resultatbuffer for å sikre midler til regionalt prioriterte investeringer. Det vil årlig reserveres 300 millioner kroner i regional resultatbuffer, i tillegg til årlig budsjetterte overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket. Det kan bli aktuelt å ytterligere sikre foretaksgruppens resultatutvikling og investeringsevne ved å reservere mer i det regionale helseforetaket til buffer og sparing. Dette vurderes ved oppsummering av innspillene til økonomisk langtidsplan.

2.8.4 Midlertidige tildelinger i 2016

I 2016 fikk Sykehuset Østfold HF ekstraordinær inntektsstøtte på 75 millioner kroner som bidrag til nødvendig endringsarbeid og gevinstrealisering ved nytt sykehus. Pga. helseforetakets økonomiske situasjon vil det gjøres en vurdering av eventuelt behov for ekstraordinær inntektsstøtte som del av budsjettprosessen for 2017.

Det tildeles ikke ekstraordinær inntektsstøtte som del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Det ble videre gitt 96 millioner kroner i 2016 til Vestre Viken HF som delvis kompensasjon for omfordelingseffekter vedrørende pensjon i inntektsmodellen. Denne tildelingen ses i sammenheng med de beregnede omfordelingseffektene av inntektsmodellen 2017. Kompensasjonen videreføres ikke i planperioden.

2.8.5 Nye forhold fra 2017

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF for 2016 heter det at det forberedes endringer i finansieringsordningen. Det tas sikte på

- innføring av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommuner for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer fra 2017
- innføring av betalingsplikt for kommunene for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer tidligst fra 2017
- å legge om refusjonssystemet for laboratorieundersøkelser fra 1. januar 2017
- å inkludere poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i ISF fra 1. januar 2017

I tillegg er det tidligere varslet at det vil bli innført en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene fra 01. januar 2017.

Disse endringene vil i utgangspunktet være budsjettneutrale ved et gitt aktivitets- og kostnadsnivå, ved at de uttrekkene som gjøres i basisrammene til regionale helseforetak er forutsatt kompensert ved andre inntekter.

Ingen av disse ordningene er tallfestet og innarbeidet i de planleggingsrammene som nå sendes helseforetakene og sykehusene. Dette må en komme tilbake til i budsjettprosessen for 2017, etter at forslag til statsbudsjett 2017 er lagt frem, og de budsjettmessige endringene synliggjort.

2.8.6 Kvalitetsbasert finansiering, KBF

Det er foretatt en ekstern evaluering av ordningen i 2015. I økonomisk langtidsplan legges det til grunn at KBF-ordningen videreføres som i 2016- budsjettet uten endringer.

2.8.7 Inntektsrammer

Inntektsforutsetningene i økonomisk langtidsplan omfatter faste inntekter, det vil si basisramme, midler til forskning, til nasjonale kompetansetjenester og øremerkede tilskudd over statsbudsjettet.

ISF- refusjoner omfattes ikke, da disse inntektene er avhengig av aktiviteten, og må budsjetteres av helseforetakene og sykehusene selv på bakgrunn av budsjettert aktivitet.

Det er i tillegg kun basisrammen som endres i økonomisk langtidsplan, andre faste inntekter forutsettes gitt over hele perioden på 2016- nivå.

Tabellen viser planforutsetninger for sum faste inntekter pr år i perioden, fordelt på sykehusområder, private ideelle sykehus uten definert opptaksområde, Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF:

Sum faste inntekter	2 017	2 018	2 019	2 020
Akershus SO	5 645	5 708	5 775	5 837
Innlandet SO	5 575	5 580	5 586	5 600
Oslo SO	15 406	15 525	15 641	15 751
Sørlandet SO	4 184	4 213	4 243	4 273
Telemark og Vestfold SO	5 363	5 378	5 396	5 417
Vestre Viken SO	5 462	5 500	5 537	5 573
Østfold SO	3 720	3 748	3 772	3 797
Private ideelle sykehus uten definert opptaksområde	234	237	239	241
Sykehuspartner HF	38	20	2	0
Helse Sør-Øst RHF	7 917	8 085	8 253	8 405
I alt	53 543	53 993	54 443	54 893

Tabell 7. Faste inntekter 2017-20, mill. kroner

2.9 Felles forsyningscenter

Ordningen med felles forsyningscenter innebærer et sentralisert varelager driftet av en ekstern leverandør. Tjenesten består av lagerdrift, transport og innkjøp til lager, samt andre administrative tjenester med å drive dette. Løsningen muliggjør innkjøp til et punkt til regionen, noe som skal muliggjøre bedre innkjøpsavtaler. Løsningen muliggjør også en nedbygging av lager på sykehus. Estimert utvikling for perioden 2016-2020 viser fortsatt vekst i omsetning for realisering av mål om reduksjon av lokale lager og øket avtalelojalitet ved økt kjøp fra Helse Sør-Øst forsyningscenter.

2.10 Investeringer og økonomisk handlingsrom

Helse Sør-Øst har i perioden 2007-2015 løftet store investerings – og omstillingsprosjekter. Akershus universitetssykehus HF ble ferdigstilt i 2008-2009 og Nytt østfoldsykehus ble tatt i bruk i slutten av 2015. I samme periode har det vært gjennomført en krevende omstilling i hovedstaden, hvor det er prioritert likviditet til nødvendige investeringer i tillegg til finansiering av negative resultater. Det er gjennomført en økt satsning på regional standardisering av IKT-løsninger. Disse aktivitetene har i sum lagt et betydelig press på foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

I 2015 har foretaksgruppen levert et resultat i størrelsesorden 1 milliard kroner, og dette bidrar til å bedre den finansielle situasjonen til foretaksgruppen i inngangen til perioden 2017-2020.

Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov og perspektiv. Det regionale helseforetaket spiller en viktig rolle i dette ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer gjør at regionen kan gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere selv. I tillegg sikrer dette sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som f.eks. felles IKT-løsninger. Dette vil over tid sikre en effektiv regional samhandling som vil ha kvalitetsmessige og økonomiske positive konsekvenser.

2.10.1 Finansiering av investeringer

Helseforetakene får i sine oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere basisrammen til drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at foretaket skaper positive resultater i drift. I planperioden skal gjeldende likviditetsstyringsprinsipper etterleves.

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

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kan delfinansieres ved lån fra Helse – og omsorgsdepartementet med inntil 70 % av forventet prosjektkostnad. Videre vil det være nødvendig at helseforetakene bidrar med egenfinansiering av større investeringsprosjekter, dvs. med både helseforetakets egen basisfordring og likviditet generert gjennom positive resultater.

Helse Sør-Østs eiendomsstrategi fremgår av sak 010 – 2011 *Strategi for eiendomsvirksomheten i Helse- Sør-Øst*, og er også forankret i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regional IKT-satsning. Dette innebærer at det enkelte helseforetak forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinskteknisk utstyr (MTU) mv. innenfor sin tilgjengelige likviditet.

Foretaksgruppen har årlig om lag tre milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet, ved et resultat i balanse. Dette disponeres til avdrag på lån og finansiering av regionalt prioriterte prosjekter. Bevilgninger av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i forbindelse med det enkelte årsbudsjett.

2.10.2 Felles prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Felles prioriterte prosjekter videreføres i tråd med sak 044-2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019. Dette omfatter en videreføring av igangsatte prosjekter:

- Sykehuset Østfold HF: Nytt østfoldsykehus ferdigstilles etter planen.
- Oslo universitetssykehus HF: Ferdigstilling av samlokalisering fase I
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet
- Digital Fornyng: Videreføring av regional satsning, hvor omfanget vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet

Videre ble det planmessig tatt høyde for prioritering og gjennomføring av investeringer knyttet til:

- Oslo universitetssykehus HF: Ombygging og lukking av myndighetspålegg i perioden 2016-2019, jamfør sak 045-2015
- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen, jamfør sak 043-2014
- Sørlandet sykehus HF: Oppføring av nytt psykiatribygg

Mot utløpet av økonomiplanperioden 2016-2019 ble det vurdert å kunne være et handlingsrom for nye investeringsprosjekter. Prioriterte prosjekter i tidligfase er:

- Sykehuset Telemark HF: Byggeprosjekt
- Oslo universitetssykehus HF: Nybygg trinn 1

Videre vil en eventuell etablering av protonsentre i planperioden kunne få innvirkning på prioriterte prosjekter mht. tidspunkt for gjennomføring. I tillegg til ovenstående prosjekter pågår det idéfase ved Sykehuset Innlandet HF, jf sak 066-2014. Ut over de beskrevne større investeringer vil utvidelse av strålekapasiteten i Helse Sør-Øst RHF med etablering av flere stråleterapienter i regionen ha betydning for prioritering av investeringsprosjekter. I tillegg arbeider flere helseforetak i regionen med planer for nybygg ut over prosjektene prioritert i økonomisk langtidsplan for 2016-2019. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2017-2020 vil de regionale prioriteringene knyttet til investeringsprosjekter tilpasses økonomisk handlingsrom og eventuelt oppdateres.

2.10.3 Status inn mot økonomisk langtidsplan 2017-2020

Foretaksgruppen hadde et positivt resultatavvik i 2015 i forhold til budsjett, og har således en bedre inngang til økonomisk langtidsplan 2017-2020 enn forutsatt i økonomisk langtidsplan 2016 – 2019. Det positive resultatet i 2015 ligger i hovedsak i Helse Sør-Øst RHF, mens få helseforetak har klart å oppnå de resultater som ble lagt til grunn i tidligere økonomiske langtidsplaner.

Helse Sør-Øst RHF må finansiere helseforetak med underskudd ved bruk av driftskredittrammer, og det påvirker den regionale likviditeten negativt. Videre indikerer resultatene i 2015 at det er utfordrende for helseforetakene å realisere en resultatutvikling som er lagt til grunn i tidligere økonomiske langtidsplaner.

Helseforetakenes planleggingsarbeid for store regionale byggeprosjekter indikerer at investeringsnivået i kommende økonomiplanperiode vil øke sammenlignet med forutsetningene som ble lagt til grunn i forrige økonomiske langtidsplan.

Det må derfor vurderes tiltak for å sikre tilstrekkelig regional likviditet til å finansiere en planlagt økning i investeringsnivået, herunder

- Resultatforbedring for helseforetak med budsjetterte underskudd i planperioden
 - Dette vil medføre at Helse Sør-Øst RHF i mindre grad må finansiere helseforetak med underskudd
- Resultatforbedring i tråd med forutsetninger i økonomisk langtidsplan for helseforetak som skal realisere store byggeprosjekter
 - Dette vil redusere risiko for at Helse Sør-Øst RHF må finansiere underskudd når prosjektene tas i bruk
- Helseforetakene benytter i større grad likviditet fra positive resultater til å finansiere egne regionale prosjekter
- Redusere omfang av regionale prosjekter i perioden
 - Dette innebærer å forskyve investeringsprosjekter frem i tid, evt. også å redusere prosjektenes størrelse og omfang

2.10.4 Økt resultatmargin

I økonomiplan 2016-2019 ble det tatt til orde for en målsetting om å oppnå årlige økonomiske resultater på minst 2 % av totale inntekter (resultatmargin) i løpet av planperioden. Summen av foretakenes og det regionale helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2016-2019 ga en resultatgrad på ca 1,8 % i 2019. Innspillene viste også at det er et større investeringsbehov enn det som foretaksgruppen har økonomisk handlingsrom til. Foretaksgruppen bør være bedre rustet til å kunne realisere det store investeringsbehovet som foreligger. En resultatmargin opp mot 2,5 % i slutten av planperioden 2017-2020 vil styrke foretaksgruppens handlingsrom, og foreslås som en planforutsetning for denne langtidsplanen.

2.10.5 Finansiell leasing

I 2015 fikk helseforetakene utvidet adgang til å inngå langsiktige leieavtaler, og helseforetakenes vedtekter ble endret for å åpne for å inngå leieavtaler for inntil 100 millioner kroner per avtale. Alle leasingavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

2.11 Medisinsk teknisk utstyr- MTU

Innføring av og forventninger til nye behandlingsmetoder innebærer at investeringer i medisinskteknisk 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.

I forbindelse med økonomisk langtidsplan 2016-19 rapporterte helseforetakene at gjennomsnittlig alder på utstyrsparken var 9,6 år. Det var betydelige forskjeller mellom helseforetakene på dette området, og gjennomsnittsalderen varierer mellom 4,5 år og 11,0 år. Planlagt investeringsnivå 2016-2019 indikerte at gjennomsnittlig alder på utstyret vil holdes uendret de nærmeste årene, sett bort fra Sykehuset Østfold HF som får en nyere utstyrspark i forbindelse med nytt sykehusbygg.

For perioden 2017-2020 skal helseforetakene benytte sine kartlegginger og prioritering av anskaffelsesbehovet i eget helseforetak og vise hvordan dette er innarbeidet i innspillet til økonomisk langtidsplan, samt hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken. Det har tidligere blitt stilt krav fra Helse Sør-Øst RHF om at det enkelte helseforetak utarbeider erstatningsplaner for utstyrsparken.

I økonomiplanperioden 2017-2020 må helseforetakene forsterke sin prioritering av midler til investeringer i medisinskteknisk utstyr, dersom gjennomsnittsalderen på utstyrsparken skal reduseres.

Det er opprettet et regionalt senter for samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr i Helse Sør-Øst, lokalisert til Oslo universitetssykehus HF. Dette senteret skal blant annet ivareta en regional samordning av anskaffelser, samt utarbeide en kategoristrategi med langsiktige mål og handlingsplaner. Det arbeides også med å videreutvikle innkjøpsmetodikk på denne type anskaffelser.

2.12 Bygg og vedlikehold

Totalt er det ca. 2,8 millioner kvadratmeter bygningsmasse under forvaltning i helseregionen, og samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen utgjør om lag 35 milliarder kroner.

Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet, og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Økonomisk langtidsplan skal inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom prosjekt og nettverksarbeid utviklet verktøy for tilstandsbasert vedlikehold og implementert disse i helseforetakene. Oppfølging av planarbeid, samt å understøtte prioritering av vedlikehold, vil være hovedfokus i de nærmeste årene.

Alle helseforetakene er pålagt å utarbeide vedlikeholdsplaner som skal være tilstandsbasert, dvs at primærbygg som har delkomponenter eller vektet tilstand i grad 2 eller 3 tas først. Helseforetakene er pålagt å lage en plan over hvilke bygg som er prioritert og hvilken tilstandsgrad som er ønsket for å drive forsvarlig. Tilstandsgrad 3 er ikke tillatt og skal utbedres straks.

Helseforetakene må sette av midler til løpende og periodisk vedlikehold i tillegg til eventuelt ekstraordinært vedlikehold for å ta igjen vedlikeholdsetterslep.

I gjennomsnitt bør løpende og periodisk vedlikehold ligge på 250 kroner per kvm. for hele bygningsmassen.

2.12.1 Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF, etablert i 2014, vil være en viktig leverandør av tjenester for gjennomføring av regionens strategiske målsettinger innen eiendomsområdet.

Helseforetakets virksomhet vil omfatte to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som det nye helseforetaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra et eller flere regionale helseforetak/helseforetak. Fellesoppgavene vil bestå av faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver, og dekkes av de regionale helseforetakene med tilskudd. Helse Sør-Øst RHF dekker ca. 54 % av felleskostnadene (25 % av administrasjonen).

2.13 IKT – området

2.13.1 Oppdatert IKT- strategi og Digital fornying

Regionens oppdaterte IKT- strategi ble vedtatt av styret i desember 2015, jf. sak 086-2015.

Det ble lagt til grunn for oppdateringen at den strategiske retningen skulle beholdes, men at den skulle oppdateres til å innarbeide følgende hovedforhold:

- Erfaringer fra gjennomføringen av Digital fornying så langt
- Behov knyttet til IKT-støtte for forskning og det prehospitale området
- Nasjonale strategier og utviklingsretning

Hovedretningen for strategien ligger i å regionalisere et utvalg kliniske og virksomhetsrettede løsninger sammen med å bygge en robust IKT-infrastruktur som løsningene kan driftes på. Når denne grunnmuren er klar vil det åpne for en videre forbedring av de regionale løsningene. Det vil også i mye større grad være mulig å innføre nye og moderne løsninger når dette er klart.

2.13.2 Strategiske program under Digital fornying

De strategiske programmene under Digital fornying utgjør hovedsatsningen på fornying og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst, og er forankret i IKT-strategi 2015. Det er lagt opp til en gjennomføring av Digital fornying for å realisere IKT-strategien, men fremdrift er tilpasset regionens investeringsevne i planperioden. Økte investeringsbehov knyttet til felles økonomi- og innkjøpssystem, ERP, og etableringen av et regionalt pasientadministrativt og elektronisk pasientjournal system, PAS/EPJ, medfører at andre tiltak kan bli skjøvet ut av denne planperioden.

Som en planforutsetning legges det opp til et årlig investeringsnivå på 1.200 millioner kroner i planperioden. Dette inkluderer investering i Digital fornying, forvaltning av regionale løsninger og driftsinvesteringer i Sykehuspartner HF. I tillegg kommer forutsetning om finansiell leasing, som omtalt nedenfor. Som for øvrige investeringer vil det bli gjort konkrete prioriteringer og vurderinger i de årlige budsjettene, i forhold til investeringsnivå og fordelinger på områder.

- **Virksomhetsstyring**

Virksomhetsstyringsprogrammet innfører ERP for hele foretaksgruppen. Løsningen er så langt tatt i bruk av Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset i Vestfold HF. I 2016 innføres løsningen ved Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF, samt at det er pågående prosjekter ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF.

Totalprognosen for programmet har økt med i overkant av 100 millioner kroner siden forrige økonomisk langtidsplan, hovedsakelig knyttet til økt kompleksitet ved innføring ved Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet er innenfor opprinnelig økonomisk estimat.

Det er et behov i helseregionen for å etablere løsninger for virksomhetsrapportering og oppfølging (datavarehus), men det er så langt ikke funnet handlingsrom for en satsing innenfor dette området i perioden.

- **Infrastrukturmodernisering**

Det er planlagt at Infrastrukturmodernisering som program ferdigstilles i løpet av 2019. Innenfor programmets planer vil da en regional infrastruktur være utviklet og breddet til alle helseforetak i planperioden, noe som også understøtter behovene for å bygge en regional klinisk løsning. Infrastrukturmoderniseringsprogrammet samarbeider med programmet for IKT-støtte til forskning for å ivareta infrastrukturbehov.

Som en konsekvens av de vurderinger som er gjort innenfor infrastrukturmodernisering vil en eventuelt inngå et eksternt partnerskap med en leverandør innen IKT-infrastruktur, jf. nærmere omtale i sak 011-2016 *IKT- infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst – langsiktig samarbeidsavtale innen IKT- infrastruktur*.

Et viktig forhold for å realisere gevinster fra en modernisert IKT-infrastruktur er reduksjon av den samlede porteføljen av IKT-løsninger i regionen, gjennom å slå sammen like og liknende løsninger ved helseforetakene, samt sanere overflødige applikasjoner. Denne aktiviteten vil i henhold til gjeldende estimater bli startet etter planperioden 2017- 2020.

- ***Regional klinisk løsning***

I løpet av 2021 er det planlagt ferdigstillelse av en konsolidering av de kliniske hovedløsningene. Det innebærer etableringen av en gjennomgående kurve og medikasjonsløsning, en løsning for medikamentell kreftbehandling og et konsolidert og funksjonalitetsforbedret regionalt pasientadministrativt og elektronisk pasientjournal system (PAS/EPJ). For radiologi og laboratedataområdet vil gjennomføringsstrategien bli vurdert i lys av Helse Sør-Øst RHF's årlige prioriteringer og ressursituasjon.

Foranalyse og arbeidet i forprosjektet så langt med konsolidering av PAS/EPJ indikerer en høyere kompleksitet enn overordnede estimater gitt i tidligere økonomiske langtidsplaner. Dette skyldes særlig arbeid innen standardisering av løsninger og arbeidsprosesser, samt integrasjoner.

I tillegg til etableringen av en regional EPJ vil det i første del av planperioden være viktig å ferdigstille flere mindre regionale og nasjonale initiativ, deriblant eResept, kjernejournal og flere samhandlings og pasientkommunikasjonstiltak. Mot slutten av perioden vil aktiviteten knytte seg hovedsakelig til en regional EPJ og tilgrensende systemer. For å ivareta et aktivitetsnivå i tråd med økonomisk langtidsplan 2016-2019 vil det være nødvendig å vurdere tidspunkt og strategi for regionalisering av enkelte områder, som for eksempel laboratedataområdet.

- ***Regional IKT for forskning***

Prosjekter knyttet til realisering av løsninger for datainnhenting, strukturering og sammenstilling, samt prosessering og analyse vil være hovedområder i programmet fra 2017. Den faglige bredden i forskningen og et stort omfang av datafangstløsninger, kilde-systemer og andre integrasjoner, vil medføre en stegvis innføring med flere leveranser som bygger på hverandre.

Programmet bygger i stor grad på leveranser fra Infrastrukturmodernisering og Regional klinisk løsning, og skal sikre at disse etablerer løsninger som også ivaretar behov fra forskningsvirksomheten. I tillegg kommer etableringen av mer spesifikke forskningsrettede løsninger.

2.13.3 Lokale IKT-investeringer

I tillegg til regionale IKT-investeringer gjort gjennom Digital fornying, har helseforetakene investert mellom 100 og 150 millioner kroner i lokal IKT de siste tre årene.

Disse lokale IKT-investeringene er finansiert av helseforetakene i en intern prioritering mot bygg og medisinskteknisk utstyr.

Det vil bli etablert ordninger som legger til rette for og sikrer en ønsket balanse mellom regionale satsinger og nødvendige lokale forbedringer og vedlikehold innenfor en vedtatt totalramme.

2.13.4 Sykehuspartner HF

Investeringer i den regionale IKT- porteføljen skjer i regi av Helse Sør-Øst RHF. Løsningene overføres til Sykehuspartner HF når de er ferdigstilt 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 HF er derfor viktige parametere for helseforetakene å innarbeide i sine resultatanalyser.

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak ved tjenestepriiser. Foretaket er i tillegg tillagt oppgaver på vegne av Helse Sør-Øst RHF som ikke inngår i tjenestepriismodellen, men som basisfinansieres fra Helse Sør-Øst RHF.

Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF er forutsatt redusert fra 51 millioner kroner i 2016 til 0 i 2020, jf. Tabell 7.

Sykehuspartner HF har i sitt innspill til økonomiplanarbeidet påpekt gapet mellom nødvendige driftsinvesteringer for å vedlikeholde eksisterende infrastruktur i regionen og den årlige tildelingen til driftsinvesteringer. Det har så langt vært vurdert at en omdisponering av midler fra driftsinvesteringer til modernisering av infrastrukturen har vært en riktig strategi for å sørge for fremtidig økonomisk bærekraft innenfor IKT-området. En forutsetning for denne vurderingen er at fremdriften i IKT-infrastrukturmodernisering er høy. Forsinkelser i fremdrift innen infrastrukturmodernisering eller andre forhold knyttet til kvaliteten i eksisterende infrastruktur kan medføre en revurdering av denne disponeringen, med tilhørende vurdering av fremdrift i øvrige strategiske programmer. Sykehuspartner HF legger til grunn et omfang av finansielle leasingavtaler på 180 millioner kroner per år i perioden. Dette forutsetter imidlertid godkjenning av Helse- og omsorgsdepartementet. Dersom godkjenning ikke gis, vil porteføljen måtte prioriteres på nytt.

2.13.5 Regional forvaltning

Som konsekvens av etableringen av regionale IKT-løsninger vil det være nødvendig å avsette regionale midler til vedlikehold og kontinuerlig forbedring av disse løsningene. Dette er kostnader som frem til i dag har vært finansiert av helseforetakene over eget investeringsbudsjett.

Dette vil ivareta forbedringer som er av et omfang som går utover ordinær forvaltning i regi av Sykehuspartner HF. Dette kan eksempelvis være myndighetspålegg som krever større tilpasninger i eksisterende løsninger eller større systemoppgraderinger med ny funksjonalitet. Prioriteringer av slike investeringer vil håndteres på tvers av alle løsningene og synliggjøre gevinster som understøtter Helse Sør-Østs overordnet strategi og planer og koordineres tett med gjennomføringen av de strategiske programmene i Digital fornying.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi føringer som vil få konsekvenser for foretaksgruppen. Dette er imidlertid forhold som en må komme tilbake til, og som ikke er hensyntatt i planforutsetningene og vurderingene i denne saken. Kommende økonomiplanperiode vil også bli preget av den politiske oppfølgingen av Kvinnslandutvalgets innstilling til eier- og foretaksstrukturen i spesialisthelsetjenesten.

En nødvendig forutsetning for regionens langsiktige økonomiske bæreevne forutsetter blant annet hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling innenfor og mellom sykehusområdene i helseregionen. Det videre arbeidet med vurdering av kapasitet og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen vil bli sett i sammenheng med føringer som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det forventes ikke realvekst i ressurstilgangen til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for aktivitetsvekst som følge av endring i befolkningens størrelse og sammensetning. Økt aktivitetsbehov er dels demografisk betinget, dels betinget av sykdomsutvikling og medisinsk utvikling inklusive nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Fremover vil det også være behov for økt innsats innen forskning og utvikling samt et behov for økte investeringer i IKT-løsninger, bygg og medisinsk teknisk utstyr.

Når det innenfor de gitte rammene også skal genereres positive resultater for å skape handlingsrom for investeringer, betinger dette i sum mer effektiv bruk av ressursene.

Det legges til grunn at prioriteringsregelen om at veksten i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn somatikk vil gjøres gjeldende i økonomiplanperioden. Denne regelen gjelder på regionnivå, men det forutsettes at helseforetakene og sykehusene i sine aktivitetsbudsjetter legger til rette for at denne regelen innfris.

Økonomisk handlingsrom for å kunne realisere nødvendige investeringer er avhengig av en positiv resultatutvikling i helseforetaksgruppen. Økte investeringsbehov fra forrige økonomiske langtidsplan tilsier at resultatgraden mot slutten av økonomiplanperioden minst skal være 2,5%. Helseforetakene må derfor følge opp og øke sine planlagte resultater fra forrige økonomiske langtidsplan. Realiseringen av dette er igjen avhengig av at det skjer en faktisk kostnadstilpasning og produktivitetsvekst.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har helseforetakene i stor grad forutsatt redusert bemanning og dermed økt produktivitet for å kunne realisere forutsatt eller ønsket økonomisk resultat. Beskrivelse av relevante tiltak for å kunne oppnå dette har imidlertid i mange tilfelle vært mangelfulle. Det legges til grunn at helseforetakene i større grad enn tidligere må dokumentere og tallfeste tiltak i sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse-miljø og sikkerhet samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Det er viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt.

Etablering av gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT vil bidra til å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stabs- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på administrative funksjoner. Det må videre realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Kapasitetsutnyttelsen av medisinteknisk utstyr må bedres, og helseforetakene må forsterke sin prioritering av midler til investeringer i medisinskteknisk utstyr dersom gjennomsnittsalderen på utstyrsparken skal reduseres. Videre må helseforetakene både ha fokus på riktig bemanningsnivå og bemanningssammensetning. På samme tid må tilstrekkelig kapasitet og kompetanse sikres for å ivareta kvalitet i pasientbehandlingen. Det er viktig at det investeres i kompetanseutvikling samtidig som det investeres i ny teknologi.

Analysen viser at det vil være press på regional likviditet, men dette kan avhjelpest ved økt resultatgrad og at helseforetakene i større grad benytter likviditet fra overskudd til å finansiere egne regionale prosjekter. Som en del av planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2017-2020 bør derfor helseforetak med byggeplaner legge opp til å disponere en andel av likviditet fra egne overskudd til å finansiere egne regionale prosjekter.

Det må settes av tilstrekkelig resultat- og likviditetsbuffer regionalt for å sikre resultatoppnåelse og regionalt prioriterte investeringer

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen