

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. juni 2016

### SAK NR 051-2016

#### ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2017-2020

***Forslag til vedtak:***

1. Styret tar økonomisk langtidsplan 2017-2020 til etterretning.
2. Det legges til grunn at arbeidet med kvalitet og tilgjengelighet fortsatt skal gis høy prioritet, slik at vedtatte mål nås.
3. Styret tar de foreløpige plantallene for aktivitet i 2017 og ut perioden 2017-20 til etterretning. Styret ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes aktivitetsbudsjetter inn mot 2017 for å sikre at de krav og føringer som følger av statsbudsjettet blir ivaretatt, herunder prioriteringsregelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk.
4. Styret konstaterer at det legges opp til et fortsatt høyt investeringsnivå i foretaksgruppen. Det er planmessig tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase, samt videreføring av regionens satsning på Digital fornying. De enkelte investeringsbeslutninger fremmes styret for behandling i henhold til etablert fullmaktsregime.
5. For å øke det finansielle handlingsrommet for fremtidige investeringer må det etableres tiltak for å bedre resultatutviklingen, og derigjennom styrke helseforetakenes egenfinansieringsevne. Lokal likviditet må i større grad inngå i finansiering av store byggeprosjekter.
6. Styret forutsetter at det arbeides med realistiske og konkrete driftsrelaterte tiltak som anses nødvendig for å sikre og bedre resultatutviklingen. Dette må skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner

7. Styret tar til etterretning at administrerende direktør ikke anbefaler overføring av spesialisthelsetjenetilbudet for befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde fra 1. januar 2017, men at ny vurdering av overføringstidspunkt vil gjøres ved årsskiftet 2016/17. Styret legger videre til grunn at administrerende direktør beslutter endelig overføringstidspunkt.

Hamar, 8. juni 2016

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av ønsket utvikling av foretaksgruppen i forhold til økonomiske rammebetingelser. Hensikten er at arbeidet skal vise utvikling og prioriteringer innenfor driftsmessige forhold i et 4-årig perspektiv, samt legge til rette for en helhetlig vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv.

Det vises til sak 018-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Planforutsetninger*, som styret behandlet 10. mars 2016. I sak 018-2016 ble det lagt premisser for helseforetakenes arbeid med sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen knyttet til helsefaglige utfordringer, aktivitet, prioritering og inntektsforutsetninger.

Foreliggende sak beskriver foretaksgruppens samlede økonomiske langtidsplan, herunder prioriteringer innenfor det økonomiske handlingsrommet for investeringer.

Administrerende direktør legger i tillegg frem separate saker knyttet til investeringsprosjekter som er lagt til grunn i de vurderingene som er gjort i økonomisk langtidsplan:

- Sak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitets/sykehus HF*
- Sak 054-2016 *Vestre Viken - konseptfase nytt sykehus i Drammen*
- Sak 055-2016 *Sørlandet sykehus HF – konsept nybygg psykisk helsevern, Kristiansand*

Det vises til disse sakene.

Det vises også til sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*, som vil legge viktige premisser for planleggingen av spesialisthelsetjenesten i deler av regionen i løpet av økonomiplanperioden.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016. I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai 2016 ble det fra helse- og omsorgsministerens side gitt presiseringer og klare føringer for oppfølging av denne planen. I den foreløpige protokollen fra dette foretaksmøtet heter det: *“Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.”*

Administrerende direktør vil i planperioden komme tilbake til oppfølging av føringer og krav knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Kvalitet og pasientbehandling

Helseforetakene er i sine innspill til økonomisk langtidsplan bedt om å beskrive hvordan de vil arbeid målrettet for å innfri foretaksgruppens mål knyttet til kvalitet og pasientbehandling, som i perioden 2017-2020 er vedtatt slik, jf. sak 018-2016

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd*
- *Sykehusinfeksjoner er redusert til 3 %*
- *Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen*

Ut fra de innspillene som helseforetakene har gitt til økonomisk langtidsplan er administrerende direktørs vurdering at helseforetakene vil arbeides målbevisst og systematisk for å nå målene innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet også i neste økonomiplanperiode, og at dette arbeidet vil bli gitt høy prioritet i foretaksgruppen. Det vises også til tertialrapporten for 1. tertial 2016 som viser en positiv utvikling for kvalitetsparameterne. Status for og utviklingen i dette arbeidet vil bli fulgt opp i de ordinære rapporteringene til styret.

### 2.2 Aktivitet og prioritering

I sak 018-2016 om planforutsetninger for økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn at foretaksgruppen samlet skulle fremvise en generell aktivitetsvekst i 2017 på i overkant av 2 %. I samme sak er det også fremholdt at det bør realiseres en vekst i aktiviteten innen somatikk på om lag 8 % i perioden 2017-2020. Det er således lagt til grunn en forutsetning om at det skal realiseres en aktivitetsvekst høyere enn demografisk betinget behovsvekst innen alle tjenesteområder i 2017. Det forventes en befolkningsvekst i regionen på 1,2 % fra 2016 til 2017.

Antall DRG- poeng knyttet til Helse Sør-Øst pasienter vil i henhold til helseforetakenes innspill øke med 2,1% fra 2016 til 2017, og med 8,0% i økonomiplanperioden:

Somatikk	2 015	Est 2016 pr april	Endring 2016-2017	Endring 2016- 2020
Antall DRG- poeng HSØ- pasienter	811 424	835 608	2,1 %	8,0 %

Tabell 1. DRG- poeng, sørge for-ansvaret

Det ble i planforutsetningene presisert at aktivitetsveksten innen tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skulle fremvise en høyere vekst enn somatisk virksomhet for 2017. I oppdragsdokumentet for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak er det presisert at dette skal måles ved antall polikliniske konsultasjoner.

Veksttallene for budsjettert poliklinisk aktivitet i årene 2017 til 2020 fremkommer som i tabell 2 under:

Antall polikliniske konsultasjoner	% - vis vekst fra året før				% vekst 2016-20
	2017	2018	2019	2020	
⌘ somatikk	1,0 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	7,9 %
⌘ psykisk helsevern voksne	3,0 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	10,5 %
⌘ psykisk helsevern barn og unge	3,5 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	11,2 %
⌘ TSB	2,7 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	9,3 %

Tabell 2. Vekst i poliklinisk behandling fordelt på tjenesteområder

Veksten fra 2016 til 2017 er basert på estimatet for 2016 per april.

For 2017 er kravet fra eier innfridd på regionalt nivå. Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern både for voksne og for barn og unge viser større årlig vekst enn somatisk aktivitet i økonomiplanperioden. Innen TSB er den årlige veksten noe lavere enn somatikk det enkelte år fra 2018, men ligger over når hele perioden ses under ett.

Aktivitetsbudsjettene for de enkelte helseforetakene og sykehusene er utarbeidet ut fra lokale forhold og analyser, vurderinger av behov ut fra befolkningsutvikling i eget opptaksområde, status på ventetider og fristbrudd, samt øvrige forhold innenfor de ulike tjenesteområdene.

Kravet om større aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk gjelder foretaksgruppen samlet, og ikke det enkelte helseforetak. Administrerende direktør vil følge opp helseforetakenes og sykehusenes aktivitetsbudsjettering for å sikre at statsbudsjettets krav og føringer blir ivaretatt det enkelte budsjettår.

Tabell 3 gir en oversikt over aktivitetsbildet i perioden, målt i antall utskrivninger og poliklinisk aktivitet for tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB:

	Estimat 2016 pr april	Økonomiplan				Endring 2016-2017	Endring 2016-2020
		2017	2018	2019	2020		
<b>Somatikk</b>							
Antall utskrivninger døgn	501 957	507 216	514 903	522 624	531 105	1,0 %	5,8 %
Polikliniske konsultasjoner	2 882 603	2 912 735	2 976 995	3 042 499	3 109 103	1,0 %	7,9 %
<b>Psykisk helsevern voksne</b>							
Antall utskrivninger døgn	25 406	25 203	25 197	25 155	25 111	-0,8 %	-1,2 %
Polikliniske konsultasjoner	886 041	912 274	934 076	956 076	979 325	3,0 %	10,5 %
<b>Psykisk helsevern barn og unge</b>							
Antall utskrivninger døgn	1 126	1 115	1 116	1 119	1 121	-1,0 %	-0,4 %
Polikliniske konsultasjoner	482 266	499 247	511 252	523 549	536 172	3,5 %	11,2 %
<b>TSB</b>							
Antall utskrivninger døgn	8 226	8 844	8 845	8 851	8 856	7,5 %	7,7 %
Polikliniske konsultasjoner	252 241	259 164	264 563	270 100	275 769	2,7 %	9,3 %

Tabell 3. Aktivitetsutvikling, antall og %

Innen alle tjenesteområder vil økningen være større innen poliklinisk behandling enn i døgnbehandling. Dette er i samsvar med faglige prioriteringer.

## 2.3 Bemanningsutviklingen

Tabell 4 under viser bemanningsutviklingen slik den fremgår av helseforetakenes innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Samlet sett er det lagt opp til en redusert bruk av bemanningsressurser på 2,4 % i perioden 2016 til 2020:

Brutto månedsverk	Estimat 2016 pr. april	% vekst 2016-2017	% vekst 2016-2020
Akershus universitetssykehus HF	6 625	0,6	0,1
Oslo universitetssykehus HF	18 351	-2,1	-2,5
Sunnaas Sykehus HF	560	0,2	0,3
Sykehusapotekene HF	681	0,2	2,1
Sykehuspartner HF	1 420	-1,1	-3,2
Sykehuset i Vestfold HF	4 162	-0,4	-2,2
Sykehuset Innlandet HF	7 459	-2,0	-5,2
Sykehuset Telemark HF	3 050	-2,3	-4,4
Sykehuset Østfold HF	4 908	-2,9	-5,3
Sørlandet sykehus HF	5 555	-0,1	-2,8
Vestre Viken HF	7 118	-0,4	0,7
Helse Sør-Øst RHF	165	0,0	0,0
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	60 054	-1,3	-2,4

Tabell 4. Brutto månedsverk og % pr helseforetak

Som i tidligere økonomiske langtidsplaner planlegger helseforetakene med en redusert bemanning samtidig som aktiviteten skal øke. Dette vil gi økt produktivitet, og bidra til å nå de resultatmålene som er nødvendig for å gi økt handlingsrom for investeringer.

Helseforetakene har i varierende grad angitt konkrete tiltak for å oppnå økt produktivitet som følge av bemanningstilpasninger, og har ulik tilnærming til dette. Eksempelvis tar Sykehuset Innlandet HF sikte på i hovedsak å redusere bemanning på døgnpostene, og skjerme poliklinikkene, mens for eksempel Sykehuset Telemark HF tar sikte på å skalere ned støtte- og servicefunksjoner. Flere av helseforetakene melder at det legges opp til en generell effektivisering av driften, og at det vil arbeides videre med spesifikke tiltak for å oppnå dette.

Basert på erfaringer fra tidligere økonomiplaner sett i forhold til faktisk resultatutvikling, er vurderingen at det er betydelig usikkerhet knyttet til mulighetene for måloppnåelse i forhold til resultatambisjonene. Denne usikkerheten er hensyntatt ved at det er satt av sentrale budsjettmidler som resultat- og likviditetsbuffer, jf. nærmere omtale under punkt 2.11.

Det regionale helseforetaket har i 2016 satt ressursstyring og ressursbruk, herunder bemanningsutvikling, høyt på sin agenda og igangsatt arbeid innen en rekke innsatsområder. I tillegg arbeides det med langtidsplanlegging og aktivitetsbaserte bemanningsplaner gjennom et regionalt prosjekt, jf. også omtale i sak 018-2016. Det er etablert et samarbeid mellom fag-, HR- og økonomimiljøene med sikte på både å styrke kompetansen og - med bakgrunn i analyser - gjennomføre tiltak som bidrar til bedre kontroll med bemanningsutviklingen i foretaksgruppen.

## 2.4 Inntekter og kostnader

Tabell 5 viser inntektsutviklingen i perioden, fordelt på faste og variable inntekter, samt andre inntekter. Faste inntekter består av basisramme og tilskudd knyttet til kvalitetsbasert finansiering (KBF). KBF er forutsatt videreført i perioden på 2016- nivå. Variable inntekter består av ISF-refusjoner og polikliniske refusjonsinntekter. Andre inntekter består av gjestepasientinntekter, diverse øremerkede tilskudd mv.

	Est. 2016 pr. april	% endring 2016-17	% endring 2016-20
Faste inntekter	54 282 255	-4,0 %	-1,7 %
Variable inntekter	19 809 488	1,6 %	7,6 %
Andre inntekter	7 652 601	-7,1 %	4,0 %
Sum driftsinntekter	81 744 344	-2,9 %	1,1 %

Tabell 5 Inntektsutvikling, 1000 kroner og %

Reduksjon i faste inntekter fra 2016 til 2017 er begrunnet med en forutsetning om lavere pensjonskostnad og dermed lavere kompensasjon i den basisrammen som gis over statsbudsjettet. De variable, aktivitetsavhengige inntektene forventes økt med 7,6 % i løpet av økonomiplanperioden som følge av økt aktivitet.

Det er forutsatt at refusjonsandelen innen innsatsstyrt finansiering er 50 % gjennom hele perioden.

Tabell 6 viser kostnadsutviklingen, fordel på lønn/pensjon (arbeidskraft), avskrivninger (kapital) og varekjøp, samt andre driftskostnader.

	Est. 2016 pr. april	% endring 2016-17	% endring 2016-20
Lønn inkl pensjon	46 178 560	-0,2 %	-1,2 %
▪ herav lønn til fast ansatte	33 040 945	-0,6 %	-1,6 %
Varekostnad	9 350 000	2,0 %	15,3 %
Avskrivninger	3 683 924	2,7 %	20,1 %
Andre kostnader	18 830 583	0,4 %	7,2 %
Sum driftskostnader	78 043 067	0,4 %	3,8 %

Tabell 6. Kostnadsutviklingen 1000 kroner og %

Andeler av de ulike kostnadskomponentene i forhold til totalkostnadene fremstilles slik:

	Est. 2016 pr. april	Økonomiplan			
		2 017	2 018	2 019	2 020
Lønn inkl pensjon	59,2 %	58,8 %	58,2 %	57,3 %	56,3 %
▪ herav lønn til fast ansatte	42,3 %	41,9 %	41,5 %	40,8 %	40,1 %
Varekostnad	12,0 %	12,2 %	12,6 %	12,9 %	13,3 %
Avskrivninger	4,7 %	4,8 %	4,9 %	5,1 %	5,5 %
Andre kostnader	24,1 %	24,1 %	24,4 %	24,7 %	24,9 %
Sum driftskostnader	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 7 Kostnadsandeler

Lønnskostnadene, inklusive pensjonskostnader, utgjør i 2016 om lag 59% av foretaksgruppens samlede driftskostnader. Denne andelen reduseres til 56 % i 2020, dels som følge av lavere pensjonskostnader, dels som følge av redusert bemanning. Andelen lønn til fast ansatte av totalkostnaden reduseres fra 42 % i 2016 til 40 % i 2020. Andelen avskrivningskostnader øker, dvs. at det skjer en vridning i bruk av innsatsfaktorer fra arbeid til kapital. Dette er en utvikling som skjer over tid, og som også har kommet til uttrykk i tidligere økonomiske langtidspaner.

Foretaksgruppens samlede inntekts- og kostnadsbilde for perioden fremstår slik:

	Est. 2016 pr. april	Økonomiplan			
		2 017	2 018	2 019	2 020
Driftsinntekter	81 744 373	79 344 806	80 349 228	81 431 381	82 656 159
Driftskostnader	78 043 067	78 329 398	79 177 895	80 035 254	81 043 186
<b>Driftsresultat</b>	<b>3 701 306</b>	<b>1 015 408</b>	<b>-95 059</b>	<b>1 396 127</b>	<b>1 612 973</b>
Finansresultat	-87 000	-76 156	-95 059	-90 766	-116 514
Endrede pensjonsforutsetninger	-2 771 000				
<b>Resultat</b>	<b>841 000</b>	<b>937 268</b>	<b>1 074 034</b>	<b>1 302 947</b>	<b>1 493 727</b>

Tabell 8. Inntekter og kostnader 2016-2020. 1000 2016-kroner

## 2.5 Tjenestepriser fra Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF finansieres i hovedsak ved fakturering av tjenestepriser til de øvrige helseforetakene i foretaksgruppen. Grunnlaget for IKT-tjenesteprisene er kostnadene i Sykehuspartner HF, som bl.a. påvirkes av investeringsnivået i Digital fornying. Tjenesteprisen fra Sykehuspartner HF består hovedsakelig av følgende komponenter:

- Avskrivninger
- Drifts- og forvaltningskostnader
- Avtalekostnader

Tjenestepris for HR-området utgjøres av en pris per lønns- og trekkoppgave.

Fig. 1 på neste side viser utviklingen i IKT- kostnader i helseforetakene i henhold til prognose utarbeidet av Sykehuspartner HF.



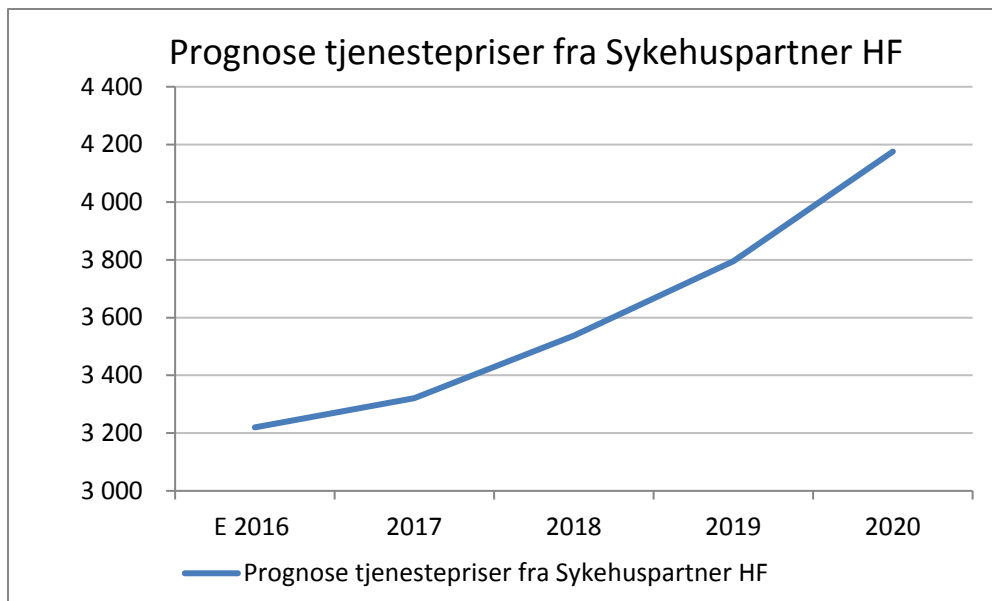


Fig. 1. Prognose tjenestepreiser fra Sykehuspartner HF

Tjenestepreisene er samlet sett planlagt å øke med i over 950 millioner kroner fra 2016 til 2020, i faste 2016- kroner, og utgjør en betydelig kostnadsfaktor for helseforetakene. Økte priser er et resultat av økte IKT- investeringer og tilhørende økte avskrivninger samt økte avtalekostnader.

## 2.6 Legemiddelkostnader

De regionale helseforetakene har budsjettansvar for legemidler som gis i sykehus, og som gis i henhold til H-reseptordningen (pasientadministrerte legemidler).

I henhold til SAMDATA<sup>1</sup> har legemiddelkostnadene i de regionale helseforetakene økt mer enn driftskostnadene for øvrig de siste årene. I Helse Sør-Øst økte legemiddelkostnadene reelt sett med 54 % fra 2007 til 2014. Kostnader knyttet til H-reseptordningen økte med 150 % i perioden, og legemidler i sykehus økte med 27 % i perioden.

Økte kostnader til legemidler er i noen grad generisk betinget, dvs. at etterspørselen øker som følge av demografiske faktorer og generell økt etterspørsel etter helsetjenester i befolkningen, samtidig kommer det nye og kostbare legemidler på markedet. Nye legemidler vil dels være erstatning for eksisterende legemidler, dels utvikles det nye legemidler som behandler sykdommer det i dag ikke tilbys behandling for. En slik utvikling forventes også de kommende årene.

I de siste års statsbudsjetter er det finansielle ansvaret for enkelte dyre legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Det er omtalt i styresak 018-2016 at dette vil kunne utgjøre en betydelig økonomisk utfordring i perioden, da den kompensasjonen som er innarbeidet i inntektsrammene til regionene ikke er tilstrekkelig til å finansiere den økte bruken av disse legemidlene. Den største kostnadsøkningen antas å komme fra nye kreftlegemidler og MS-legemidler. Fra statens side er det lagt til grunn at bruk av anbuds konkurranse vil kunne medføre lavere priser og dermed kunne dempe kostnadspresset noe, og dette har en sett eksempler på i 2016 når det gjelder hepatitt C- medikamenter.

<sup>1</sup> SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014

Figuren under er utarbeidet på grunnlag av prognose fra Sykehusapotekene HF som viser prognose for foretaksgruppens samlede innkjøp for perioden 2016-2020. Prognosen gjelder i hovedsak legemidler:

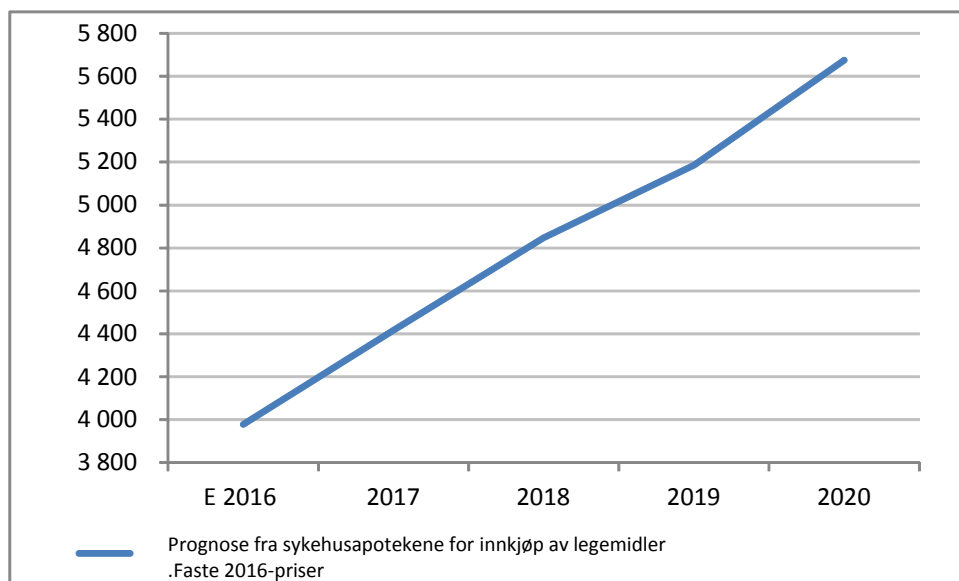


Fig. 2 Prognose fra sykehusapotekene for innkjøp av legemidler. Faste 2016-priser.

Det er utarbeidet prognose per helseforetak/sykehus. Denne prognosen er i noe ulik grad lagt til grunn i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, men de fleste har innarbeidet prognosen fullt ut. Alle helseforetakene trekker frem økte kostnader til legemidler som en vesentlig kostnadsdriver og en utfordring for å realisere ønsket resultatmål i kommende økonomiplanperiode.

Dette illustreres i tabell 9 under, som viser andelen legemiddelkostnader i forhold til totalkostnadene i foretaksgruppen:

	Est. 2016 pr april	Økonomisk langtidsplan				% økning 2016-2017	% økning 2016-2020
		2017	2018	2019	2020		
Sum driftskostnader	78 043 067	78 329 398	79 177 896	80 035 253	81 043 187	0,4 %	3,8 %
Legemidler	4 826 578	5 214 514	5 539 654	5 852 018	6 249 898	8,0 %	29,5 %
Andel kostnad legemidler	6,2 %	6,7 %	7,0 %	7,3 %	7,7 %		

Tabell 9. Andel legemidler i forhold til sum driftskostnader

Helseforetakene forventer en økning på omkring 30 % til legemidler i perioden 2016 til 2020, mens kostnadene samlet sett er forventet å øke med ca. 3,8 % i faste 2016- priser. Dette samsvarer også med SAMDATA- rapporten for 2014.

Som et innspill til statsbudsjettet for 2017, avga de fire regionale helseforetakene i desember 2015 en rapport til Helse – og omsorgsdepartementet om forventet kostnadsutvikling av enkelte legemidler som nå finansieres av de regionale helseforetakene. Denne rapporten konkluderer med følgende, tallene gjelder samlet for alle regionene:

*“Samlet prognose for legemidler finansiert av RHF-ene estimeres å øke fra 5,9 milliarder kroner i 2015 til 7,8 milliarder kroner i 2016 og 10,3 milliarder kroner i 2019. Dette tilsvarer en 33 % økning i kostnadene i 2016 . Disse anslagene er middels estimerte verdier med tidvis stor usikkerhet, særlig når det gjelder prognosene for*

legemidler til kreft- og MS-behandling. Kostnadene antas uansett å stige særlig kraftig på kreftbehandling, som antas å ville utgjøre den største kostnadsposten fra og med 2017 ”.

## 2.7 DRG - produktivitet

Tabell 10 under viser antatt produktivitetsvekst målt ved DRG- poeng produsert i helseforetakene i forhold til antall månedsverk. Tabellen viser estimat for 2016 og plantall for 2020, samt vekstprosentene:

DRG- produktivitet	Estimat 2016 pr. april	2020	Endring 2016-2017	Endring 2016-2020
Akershus universitetssykehus HF	1,63	1,75	1,2 %	7,8 %
Oslo universitetssykehus HF	1,28	1,45	5,7 %	13,3 %
Sunnaas Sykehus HF	0,92	0,92	-0,1 %	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	1,71	1,95	5,1 %	14,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,77	1,95	3,7 %	10,1 %
Sykehuset Telemark HF	1,59	1,75	3,8 %	10,4 %
Sykehuset Østfold HF	1,53	1,78	6,4 %	16,4 %
Sørlandet sykehus HF	1,63	1,75	0,9 %	7,1%
Vestre Viken HF	1,80	2,05	6,8 %	13,6 %
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	1,52	1,7	4,6 %	12,0%
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen korrigert for Sunnaas og Oslo univ.sykehus	1,67	1,87	4,1 %	11,6 %

Tabell 10. DRG- produktivitet

Som en følge av pasientsammensetningen har Sunnaas sykehus HF en ressursbruk per DRG-poeng som er høyere enn gjennomsnittet. Også Oslo universitetssykehus HF fremviser en lav produktivitet sammenholdt med øvrige helseforetak. Dette har sammenheng med at Oslo universitetssykehus HF er tillagt en rekke regionale og nasjonale funksjoner, som i gjennomsnitt er mer ressurskrevende enn øvrig pasientbehandling. Tabellen viser derfor også tall eksklusive disse to helseforetakene.

Sykehuset i Vestfold HF har tidligere hatt den høyeste DRG- produktiviteten i regionen. Tabell 10 viser at Vestre Viken HF i løpet av perioden legger opp til å bli det mest produktive helseforetaket, mens Sykehuset Østfold HF planlegger med den største forbedringen i forhold til 2016.

Som tabellen viser er det stor variasjon mellom helseforetakene både når det gjelder nivå og vekst i DRG-produktiviteten. Det ligger et betydelig gevinstpotensial i å bedre utnyttelse av kapasiteten både mellom helseforetakene og internt i det enkelte sykehus Dette forholdet er tidligere påpekt bl.a. av Riksrevisjonen og av rapportene fra produktivitetskommisjonen.<sup>2</sup>

## 2.8 Resultatutvikling

De resultatene helseforetakene har lagt til grunn i sine økonomiske langtidsplaner er forutsatt å reflektere det investeringsnivået som anses nødvendig for å vedlikeholde bygningsmassen og opprettholde eller, om nødvendig, å øke investeringer i medisinsk- teknisk utstyr. I tillegg til slike

<sup>2</sup> En offentlig kommisjon oppnevnt av Regjeringen for å fremme forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi.

løpende investeringer skal resultatet også forutsetningsvis bidra til egenfinansiering av større investeringsprosjekter i eget helseforetak med regional finansiering.

Foretaksgruppens budsjetterte resultat for perioden fremstår som i tabell 11 under, tall i millioner 2016-kroner:

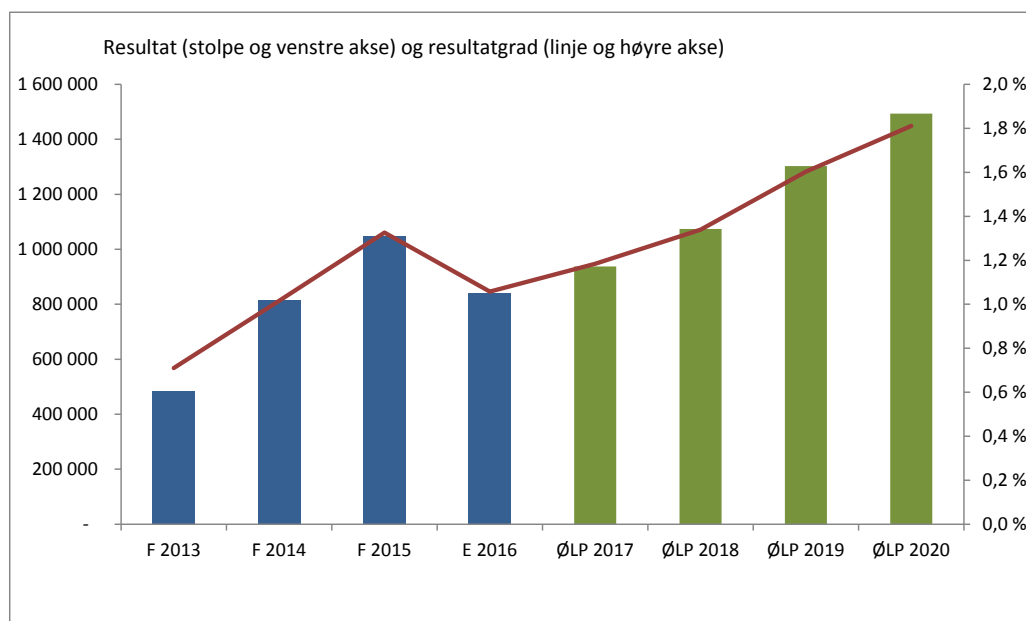
Resultat, millioner kroner	2015	Estimat 2016 pr. april	Økonomiplan			
			2017	2018	2019	2020
Akershus universitetssykehus HF	-97	144	144	144	170	200
Oslo universitetssykehus HF	111	225	250	300	350	400
Sunnaas Sykehus HF	17	22	14	14	15	13
Sykehusapotekene HF	39	32	38	31	28	29
Sykehuspartner HF	42	15	0	0	0	0
Sykehuset i Vestfold HF	74	50	100	120	105	100
Sykehuset Innlandet HF	-22	50	80	100	120	150
Sykehuset Telemark HF	12	15	30	50	80	100
Sykehuset Østfold HF	-305	-252	-264	-205	-145	-108
Sørlandet sykehus HF	110	90	80	90	100	110
Vestre Viken HF	227	150	265	230	280	300
Helse Sør-Øst RHF	839	300	200	200	200	200
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	1 047	841	937	1 074	1 303	1 494

Tabell 11. Resultatutvikling. Tall i mill. 2016- kroner

Resultatgrad benyttes som mål på kostnadseffektivitet og lønnsomhet, og er forholdet mellom økonomisk resultat og sum driftsinntekter. For helseforetakene i Helse Sør-Øst med pasientbehandling ligger resultatgraden i 2016 på om lag 0,7% samlet sett.

I henhold til styresak 018-2016, vil en resultatgrad opp mot 2,5 % i slutten av planperioden 2017-2020 styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Dette nivået ble lagt til grunn som planforutsetning for denne økonomiske langtidsplanen.

Figur 3 under viser utviklingen i resultatgrad i henhold til helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan:



Figur 3. Resultatgrad

Figur 3 viser alle helseforetakene, hvor innspillene samlet innebærer en resultatgrad på 1,8 % i 2020.

Sykehuset Østfold HF vil ha økonomiske utfordringer hele økonomiplanperioden. Holdes dette helseforetaket utenfor beregningen, fremviser helseforetakene med pasientbehandling en resultatgrad på 2,1 % i 2020. Sykehuset Østfold HF planlegger med negativt resultat gjennom hele perioden, jf. egen omtale nedenfor.

Som figuren viser, vil ikke foretaksgruppen samlet sett fremvise den ønskede resultatgraden i løpet av planperioden. Vestre Viken HF fremviser imidlertid en resultatgrad i 2020 på 3,3 %, som er over gjennomsnittet. Også Sykehuset Telemark HF planlegger med en resultatgrad over 2,5 % i 2020.

#### *Spesielt om Sykehuset Østfold HF*

Kostnadsbildet ved Sykehuset Østfold HF er de første årene av økonomiplanperioden preget av høye rente- og avskrivningskostnader. Tilbakebetaling av lån og driftsmessige underskudd medfører en negativ likviditetsutvikling som igjen medfører økte rentekostnader i perioden.

Helseforetaket budsjetterer derfor med negative resultater hele planperioden. Underskuddet reduseres fra om lag 250 millioner kroner i 2016 til om lag 108 millioner kroner i 2020, bl.a. som følge av den planlagte veksten i DRG- produktiviteten, jf. tabell 10over.

Basert på bærekraftanalyser knyttet til nytt bygg på Kalnes og ombygging av Moss vil det være behov for en driftseffektivisering på ca. 360 millioner kroner for å ha en bærekraftig økonomisk utvikling i helseforetaket. I sak 26-16 for styret i Sykehuset Østfold HF, anføres det at for å oppnå økonomisk bærekraft må kostnadsnivået reduseres samtidig med at aktivitetsbaserte inntekter økes. Helseforetakets økonomiske langtidsplan har økonomisk bærekraft i et langsiktig perspektiv (2017-2036). Det vil måtte arbeides videre for å sikre bærekraft så raskt som mulig.

## **2.9 Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder**

I styresakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder møtes ved:

- Optimalisering av drift ved sykehusene
- En bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området

Administrerende direktør legger nå fram en egen styresak om kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder, jf. sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

Hovedkonklusjonene fra denne saken innebærer følgende:

- Opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF begrenses til omtrent 500 000.
- Deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF tilbakeføres til Oslo sykehusområde. Konkret dreier dette seg på kort sikt om bydel Alna og tidsperspektivet er slutten av økonomiplanperioden. Fra det tidspunkt denne overføringen finner sted, avvikles den midlertidige avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus.
- Sett i sammenheng med overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen fra Vestby kommune til Østfold sykehusområde, vil dette gi den avlastning Akershus

universitetssykehus HF har behov for fram til ca. år 2025 før ytterligere endringer i opptaksområdene vil måtte vurderes. Det arbeides videre med oppgavedelingen mellom sykehusene i Oslo sykehusområde.

Med hensyn til fremtidig målbylde for sykehusstruktur og opptaksområder i Oslo sykehusområde, vises det til egen sak om Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, jr sak 053-2016.

## **2.10 Vestby kommune: Overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde**

I sak 090-2014 fattet styret følgende vedtak: *“Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold i 2015-16”*. Det vises også til omtale i styresak 018-2016.

En forutsetning for denne overføringen var at Sykehuset Østfold HF viste god driftsmessig utvikling i forhold til etablerte rammer og øvrige forutsetninger etter flytting av virksomhet til nytt bygg på Kalnes. Endelig vurdering av gjennomføringstidspunktet ble varslet å skulle skje i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Helse Sør-Øst RHF har nedsatt en arbeidsgruppe for å gjennomgå de driftsmessige forutsetningene ved Sykehuset Østfold HF for overtakelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune som forutsatt pr. 1. januar 2017. Representanter fra Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestby kommune har deltatt i arbeidsgruppen.

Administrerende direktørs vurdering på grunnlag av arbeidsgruppens rapport, er at overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune fra 1. januar 2017 ikke kan anbefales. Det tilrås en ny vurdering rundt årsskiftet 2016/17 når driftsmessig utvikling for høsten 2016 også foreligger.

Det vises også til omtale i sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

## **2.11 Det regionale helseforetaket**

### ***Oppbygging av sentral buffer***

I inntektsforutsetningene for økonomisk langtidsplan er det lagt til grunn en årlig vekst i bevilgningen til økt aktivitet på 450 millioner kroner, hvorav 300 millioner kroner er fordelt til helseforetak og sykehus og 150 millioner kroner til det regionale helseforetaket.

Midlene til Helse Sør-Øst RHF skal blant annet bidra til å styrke en regional likviditets- og resultatbuffer for å sikre midler til regionalt prioriterte investeringer.

For 2017 er det som en planforutsetning avsatt 300 millioner kroner i regional buffer, økende til 600 millioner kroner ved utgangen av økonomiplanperioden. I tillegg legges det til grunn årlige budsjetterte overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket.

Den faktiske størrelsen på den regionale bufferen vil fastsettes hvert år i budsjettprosessen, basert på forutsetningene i statsbudsjettene.

### ***Kjøp av helsetjenester fra private aktører***

Som omtalt i styresak 018-2016 forventes det ikke behov for økt kjøp fra private leverandører samlet sett i perioden ut over dagens nivå. Eventuelle justeringer mellom tjenesteområdene kan gjøres innen dagens totalramme for kjøp fra private, på om lag 4,7 milliarder 2016-kroner.

Omfanget av “*Fritt behandlingsvalg*” utover i perioden er fortsatt usikkert. Midler til finansiering av denne ordningen er innarbeidet i helseforetakenes inntektsrammer som sum av bevilgning for 2015 og 2016, jf. styresak 018-2016. Dersom det gis økte bevilgninger til dette formålet over statsbudsjettet, vil Helse Sør-Øst RHF vurdere behovet for å styrke helseforetakene og sykehusene med disse midlene.

### ***Nasjonale felles eide selskaper***

Det ble redegjort for styringen av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper i styresak 74-2015 *Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper*. Virksomheten i selskapene forutsettes å skje innenfor rammene av det enkelte RHF's strategier, planer og budsjettforutsetninger.

Eventuelle endringer i selskapenes oppgaver og rammer må besluttes av styrene i de regionale helseforetakene. Dette bør i størst mulig grad skje i forbindelse med RHF'enes økonomiske langtidsplaner

Det vises også til statusomtalen av alle selskapene i tertialrapporten for 1. tertial 2016, jf. vedlegg til sak 050-2016.

I oppdragsdokumentene til selskapene presiseres kravet til kostnadseffektive tjenester og at driften skal underlegges krav til god økonomistyring og prioritering av ressursbruk. Selskapene har utarbeidet innspill til økonomisk langtidsplan for perioden 2017-2020 som grunnlag for de regionale helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan og budsjett. Innspillene behandles av interregionalt økonomidirektørmøte i juni, som foreslår overfor de fire regionale administrerende direktørene hvordan innspillene tas videre og hvilken tilbakemelding som gis de enkelte selskapene. Det årlige budsjettet for de felleseide selskapene besluttes på høsten i tilknytning til RHF'enes budsjettprosesser.

Under følger et kort sammendrag av innspillene til økonomisk langtidsplan fra de felles eide selskapene:

- *Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS)*

Det legges opp til å inngå nye helikopterkontrakter i 2018 og nye flykontrakter i 2019. Dette vil bidra til økt ressursbehov i selskapet. LAT ANS spiller inn behov for økt finansiering i form av tilskudd fra de regionale helseforetakene stipulert til om lag 210 millioner kroner fra 2016 til 2020, dvs. en økning på 25% .

- *Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS)*

Det vises til styresak 036-2016 om ny organisering av pasientreiser uten rekvisisjon, knyttet til prosjektet “*Mine pasientreiser*”, hvor lov- og forskriftsendringer vil innebære forenklede rutiner for håndtering av reiseregninger. Dette prosjektet skal bidra til en betydelig forenkling for pasientene gjennom elektronisk søkeprosess og en effektivisering for helseforetakene gjennom digitale og automatiserte prosesser. Hoveddelen av økonomiske gevinster fra effektivisering av prosesser vil realiseres ved helseforetakene. Som følge av implementering av løsningen vil det påløpe pukkelkostnader i 2016 og 2017 i Pasientreiser ANS. Det forventes en kostnadsreduksjon de kommende årene som følge av mindre omfang av tranaksjonstunge tjenester.

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF)

HDO HF skal bidra til å realisere helsetjenestes samlede målsetninger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten. HDO HF foreslår økt nasjonal aktivitet vedrørende innføring og drift av systemer tilknyttet selskapets ansvarsområde.

- Nasjonal IKT HF (NIKT HF)

Innspillet fra NIKT HF til økonomisk langtidsplan innebærer et forslag om en årlig rammeøkning på 20 % for å gjennomføre flere nasjonale IKT-prosjekter. Dette forslaget er p.t. ikke behandlet i foretakets styre, og det forventes en justering av ambisjonsnivået til beløpsmessig å ligge på 2016-nivå.

- Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF sitt formål er å være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og foretaket skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, samt tjenester innen eiendomsområdet som det er gevinster ved å utføre felles for sektoren.

Sykehusbygg HF finansieres ved at oppdragsgiverne, dvs helseforetakene, faktureres. Denne aktiviteten er selvfinansierende inkludert et bidrag til dekning av kostnader til ledelse og administrasjon. Fellesoppgavene finansieres med tilskudd fra de regionale helseforetakene. I innspillet til økonomisk langtidsplan legger Sykehusbygg HF opp til en betydelig utvidelse av bemanningen, med en økning fra 59 årsverk i 2016 til 159 årsverk i 2020.

Den vesentligste økningen begrunnes i fellesoppgaver og administrasjon av den prosjekterrelaterte virksomheten, som belastes prosjektene direkte. Økning av felleskostnader som finansieres av de regionale helseforetakene forutsettes å øke moderat.

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS)/ Sykehusinnkjøp HF

Virksomheten ved HINAS vil i 2016 virksomhetsoverdras til det nye foretaket Sykehusinnkjøp HF. Da Sykehusinnkjøp HF nylig er stiftet, er selskapet ikke pålagt å levere innspill til økonomisk langtidsplan. Det heter i foretaksprotokollen av 25.01.2016 følgende om helseforetaket: *Sykehusinnkjøp HF skal på bakgrunn av egen tjenestekatalog, utarbeide forslag til en finansieringsmodell basert på tjenestepriking. Forslag til finansieringsmodell skal oversendes eierne innen 01.10.16. Hovedfinansieringen av Sykehusinnkjøp HF vil skje i tråd med den finansieringsmodellen som eierne beslutter.*



Følgende driftstilskudd til de felles eide selskapene fra Helse Sør-Øst RHF er foreløpig innarbeidet i økonomisk langtidsplan:

	Budsjett 2016	Økonomisk langtidsplan				Endring 2016-17	Endring 2016-20
		2 017	2 018	2 019	2 020		
Nasjonal IKT HF	51 350	60 589	70 557	83 019	97 372	18,0 %	89,6 %
Luftambulansetjenesten ANS	196 200	197 286	214 421	231 479	244 024	0,6 %	24,4 %
Pasientreiser ANS	68 500	79 800	73 800	71 640	71 480	16,5 %	4,4 %
HDO HF	47 300	48 400	46 000	36 300	37 500	2,3 %	-20,7 %
HINAS/ Sykehusinnkjøp HF	61 000	61 000	61 000	61 000	61 000	0,0 %	0,0 %
Sykehusbygg HF	23 100	30 678	33 986	36 061	37 682	32,8 %	63,1 %
I alt	447 450	477 753	499 764	519 499	549 058	6,8 %	22,7 %

Tabell 12. Tilskudd til felles eide selskaper. 1000 2016-kroner og prosent

Tilskuddene til disse selskapene bevilges i de årlige budsjettprosessene og det vil være oppfølging av alle de felles eide selskapene med formål å redusere kostnadsveksten.

### *Norsk pasientskadeerstatning, NPE*

Premieinnbetaling til Norsk pasientskadeerstatning er, i henhold til prognose fra NPE, forventet å øke med om lag 10% hvert år i perioden, dvs. fra omlag 685 millioner kroner i 2016 til om lag 860 millioner kroner i 2020.

### *Administrasjonen*

Det legges ikke opp til kostnadsøkning i økonomiplanperioden. Bemanningen forutsettes holdt uforandret på 2016- nivå.

## **2.12 Investeringer og økonomisk bæreevne**

Investeringer med regionale prioritering omfatter større byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regional IKT-satsning, jf. styresak 093-2009. Det betyr at det enkelte helseforetak selv forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen og medisinsk- teknisk utstyr (MTU) mv. innenfor gitt basislikviditet og de muligheter som en positiv resultatutvikling gir.

Større utbyggingsprosjekter kan delfinansieres ved lån fra Helse Sør-Øst RHF, eller ved lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det kan søkes om lån fra departementet på byggeprosjekter over 500 millioner kroner. Maksimal låneramme for byggeprosjekter er da 70 % av forventet projektkostnad. I utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det forutsatt at alle byggeprosjekter over 500 millioner kroner som er inkludert i planen, vil få lån fra Helse- og omsorgsdepartementet tilsvarende 70 % av prosjektets forventede totalramme. Lån bevilges i de årlige statsbudsjettene.

De nevnte forholdene definerer et økonomisk handlingsrom for investeringer. Innenfor dette handlingsrommet må foretaksgruppen tilpasse gjennomføring av planlagte investeringer. Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har årlig om lag 3,5 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Gruppen har en intern lånemodell som innebærer at Helse Sør-Øst RHF holder tilbake en andel av helseforetakenes frie likviditet, og dette disponeres til finansiering av felles prioriterte prosjekter og avdrag på lån til Helse- og omsorgsdepartementet.

Fra 2015 har Helse -og omsorgsdepartementet åpnet for at finansiell leasing kan benyttes som finansieringsform. Flere helseforetak har signalisert at det kan være en aktuell finansieringsform, bla. innen MTU, IKT og i forbindelse med utskifting av ambulanser. Alle avtaler om finansiell leasing skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF, og avtaler med verdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet.

### **2.13 Kriterier for prioritering av store investeringsprosjekter**

Det økonomiske handlingsrommet setter rammene for hvor mange investeringsprosjekter som kan gjennomføres og når. Regionens kriterier for prioritering av investeringsprosjekter, herunder store byggeprosjekter, fremgår av styresak 048-2007. Kriteriene omfatter:

- Generelle overordnede kriterier
- Medisinsk og helsefaglige kriterier, herunder kapasitet og ivaretagelse av sørge for-ansvaret
- Bygningsmessige kriterier
- Økonomiske kriterier, herunder prosjektets og helseforetakets bæreevne

I sammenheng med vurdering av ivaretagelse av “sørge for”- ansvaret, er det i en tidlig fase i planleggingsarbeidet nødvendig å gjøre grundige vurderinger av fremtidig kompetansebehov og bemanningsutvikling. Sammen med kartlegging og konsekvensvurdering av IKT-området, danner dette også viktige forutsetninger for vurdering av prosjektets bæreevne.

Kriterier gjøres gjeldende ved beslutning om igangsetting av et prosjekt, ved prioritering mellom prosjekter og ved prioritering mellom investeringsområdene. Videre anvendes kriteriene som grunnlag for styrets godkjenning ved overgang til neste prosjektfase.

Vurderingen av om en investering tilfredsstillende kriterier og krav er uavhengig av hvordan investeringen kan finansieres.

### **2.14 Felles prioriterte investeringsprosjekter for økonomisk langtidsplan 2017-2020**

#### ***Prioriteringer for økonomisk langtidsplan 2017-2020:***

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 foreslår administrerende direktør å videreføre igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing, jfr. styresak 044-2015:

- Oslo universitetssykehus HF: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus HF: Ombygging og lukking av myndighetspålegg i perioden 2019-2019, jfr. styresak 045-2015
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet, jfr. styresak 044-2014 (forprosjekt pågår)
- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen, jfr. styresak 054-2016 (behandle konseptrapport)
- Sørlandet Sykehus HF: Nytt psykiatribygg, jfr. styresak 055-2016 (behandle konseptrapport)
- Digital Fornying: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet.

I henhold til styrets vedtak i sak 030-2016 Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har egen strålestrålebehandlingstilbud i dag, legges det opp til å etablere nye stråleenheter i sykehusområdene Telemark-Vestfold, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030. Det er forutsatt at investeringene finansieres lokalt, men det vil være naturlig å vurdere tilknytning til større byggeprosjekter der hvor dette planlegges. Økonomisk langtidsplan tar høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi.

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det videre tatt høyde for regional prioritering av investeringer ved Oslo universitetssykehus HF. Det vises her til styreak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* hvor styret tilrås å føre planleggingen av ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nybygg på Radiumhospitalet til konseptfase. En naturlig fremdrift av disse prosjektene vil kunne medføre beslutning om oppstart av gjennomføring i inneværende økonomiplanperiode. I samme sak foreslås det videre trinnvis utvikling av Gaustad og Aker Det skal i det videre arbeidet foretas avgrensninger og konkretisering inkludert dimensjonering av virksomhetsinnholdet i et første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad.

Økonomisk langtidsplan tar også høyde for en mulig investering i nytt protonterapisenter. Det ble gjennom foretaksmøter i de regionale helseforetakene 10. desember 2015 igangsatt en felles nasjonal konseptfase for etablering av protonterapibehandling i Norge. Denne konseptfasen er i ferd med å avsluttes, og vil bli lagt fram for styrebehandling i de regionale helseforetakene før den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling. I henhold til Prop 1S (2015-2016) vil endelig konseptvalg for utbygging og innfasing av protonbehandling i Norge kunne besluttes i statsbudsjettet for 2017, og regjeringen vil foreslå et eget statlig investeringstilskudd til formålet. Finansieringen av protonterapisenteret ved Oslo universitetssykehus HF er imidlertid ikke endelig avklart, og finansieringsordningen kan få innvirkning på øvrige prioriterte prosjekter mht tidspunkt for gjennomføring.

Ved Sykehuset Telemark HF pågår arbeid med utviklingsplan. Det er foreløpig lagt som forutsetning å være økonomisk handlingsrom for et byggeprosjekt i Skien ved utgangen av denne økonomiplanperioden.

De enkelte investeringsbeslutninger fremmes styret for behandling i henhold til etablert fullmaktsstruktur, herunder også beslutninger om overgang til neste fase i planarbeidet.

Det vises til avsnitt 2.20 for omtale av de enkelte byggeprosjektene.

#### ***Handlingsrom for nye prosjekter etter utløpet av økonomisk langtidsplan 2017-2020:***

Det vil kunne være et økonomisk handlingsrom for nye prosjekter etter utløpet av økonomiplanperioden 2017-2020. Gjennomføring av tidligere nevnte investeringer i stråleterapi vil bli videreført.

Det vises til sak 020-2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF om oppstart idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, og da spesielt vedtakspunkt 2 som blant annet lyder: “*Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning.*” Det vises til sak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* for en nærmere omtale av utviklingsplanene ved helseforetaket. En etappevis utbygging ved Oslo universitetssykehus HF medfører at andre regionalt prioriterte prosjekter vil kunne gjennomføres i parallell. Investeringsprogrammet for Oslo universitetssykehus HF vil måtte tilpasses det finansielle handlingsrommet i regionen, og kapasitetsutviklingen i Oslo og Akershus sykehusområder.

I økonomisk langtidsplan er det tatt høyde for en mulig samtidig oppstart på Gaustad og Aker, og at utbyggingen vil skje trinnvis.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har, med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet HFs utviklingsplan, godkjent oppstart av samlet idéfase for investeringer i foretaket, jf sak 066-2014. Styret i Helse Sør-Øst RHF la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

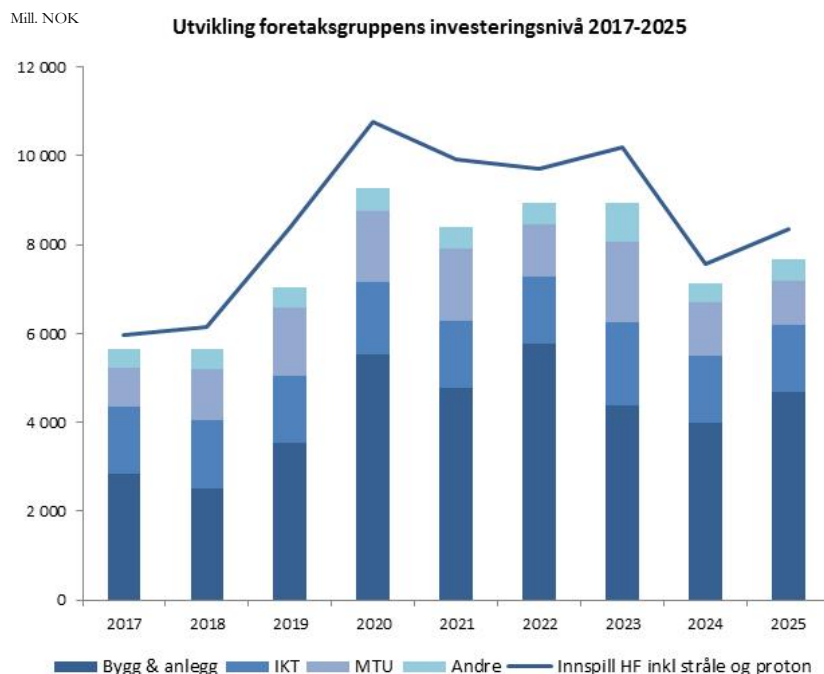
### ***Spesielt om IKT i store byggeprosjekter***

IKT- behov knyttet til de byggeprosjektene som søkes lånefinansiert må inngå i grunnlaget for lånesøknadene til Helse-og omsorgsdepartementet.

Det må som del av konseptfasen gjøres en samlet vurdering innenfor IKT- og teknologiområdet, hvor også de økonomiske effekter av det regionale IKT-moderniseringsprogrammet inkluderes i vurderingene av investeringsprosjektene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan gjennomføring av hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer og for regionens IKT-satsning for øvrig. Videre må eventuelle mottaksprosjekter identifiseres, kostnader anslås og innarbeides i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.

## **2.15 Investeringsnivå i økonomisk langtidsplan**

Figur 4 under viser samlet investeringsnivå som foreslås prioritert og innarbeidet i økonomisk langtidsplan fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk teknisk utstyr og andre investeringer. Videre fremgår helseforetakenes totale innspill til investeringsnivå, i tillegg til investeringer i stråleterapi- og protonterapisenter.



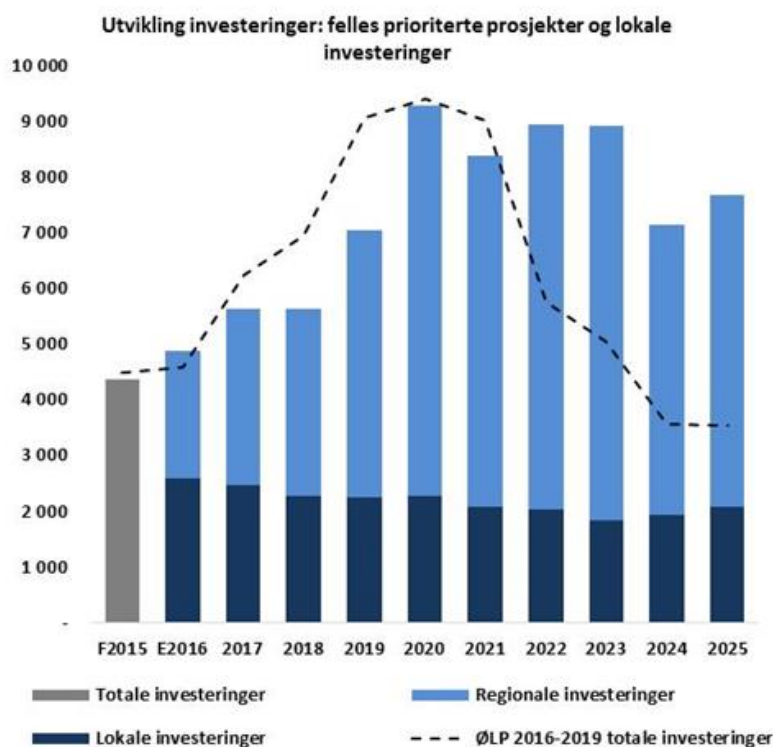
Figur 4. Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen fordelt på investeringskategori

Det legges opp til en betydelig vekst i investeringsnivået fra 2018 til 2020. Veksten er i hovedsak knyttet til en økning i investeringer i bygg og anlegg, og skyldes at det er innarbeidet flere store regionalt prioriterte byggeprosjekter som har oppstart i perioden 2017-2020. Det har vært nødvendig å tilpasse investeringsnivået sammenlignet med innspillene fra helseforetakene for å sikre økonomisk bæreevne og handlingsrom for foretaksgruppen.

Endelig kostnadsomfang knyttet til prioriterte store byggeprosjekter vil ikke være avklart før godkjent oppstart av forprosjekt. Det estimerte investeringsnivået og fordelingen på år, spesielt etter 2020, er derfor forbundet med vesentlig usikkerhet. Det er godkjent konseptfase med ekstern kvalitetssikring som ligger til grunn for en eventuell lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 5 under viser utviklingen i de felles prioriterte prosjektene sammen med investeringene som gjennomføres i regi av helseforetakene (lokale investeringer). Det fremgår av figuren at veksten i investeringsnivået er knyttet til de felles prioriterte prosjektene.

Mill. NOK



Figur 5. Utvikling i felles prioriterte prosjekter og lokale investeringer, samt totalt investeringsnivå fra økonomisk langtidsplan 2016-2019.

Figur 5 viser videre at investeringsnivået i økonomisk langtidsplan 2017-2020 er lavere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2016-2019 frem til 2020. Deretter overstiger investeringsnivået i økonomisk langtidsplan 2017-2020 fjorårets økonomiske langtidsplan.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har få helseforetak lagt opp til å benytte egne positive resultater til finansiering av større investeringsprosjekter i eget foretak. Det ble derfor presisert i styresak 018-2016 at helseforetakene skal bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater ved finansiering av regionalt prioriterte prosjekter i eget helseforetak.

Helseforetakenes innspill viser at dette kravet ikke er fulgt opp av helseforetakene i særlig grad. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette kravet i forbindelse med de enkelte investeringsbeslutningene.

## 2.16 Digital Fornyning

Regionens oppdaterte IKT- strategi ble vedtatt av styret i desember 2015, jf. styresak 086-2015. 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. De strategiske programmene under Digital fornying utgjør hovedsatsningen på fornying og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst. Når denne grunnmuren er klar, vil det åpne for en videre forbedring av de regionale løsningene og en eventuell nasjonalisering. Det vil også i mye større grad være mulig å innføre nye og moderne løsninger når dette er klart.

Gjennomføring av Digital fornying og etablering av regionale løsninger medfører behov for en felles forvaltning av disse løsningene. Økonomisk langtidsplan for 2017-2020 hensyntar også dette forholdet.

I økonomisk langtidsplan 2016-2019 (styresak 044-2015) ble det lagt til grunn en investeringslikviditet på teknologiområdet på 1150 millioner kroner hvert år i planperioden. Det er som en forutsetning lagt til grunn at dette investeringsnivået skal videreføres i denne planperioden og at gjennomføringsplan og ambisjonsnivå tilpasses dette nivået. Investeringer knyttet til forvaltning av regionale løsninger er lagt som tillegg med 50 millioner kroner i året. Det forventes at forvaltningsinvesteringene vil øke, mens investeringer i nyutvikling vil reduseres i årene etter planperioden.

Modernisering og standardisering av den grunnleggende IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er en forutsetning for å gjennomføre Digital fornying i tråd med gjeldende strategier og dermed en forutsetning for bedre pasientsikkerhet og kvalitet. En modernisert IKT-infrastruktur er også nødvendig for å lykkes med å etablere Sykehuspartner HF som en sterk og effektiv tjenesteleverandør som understøtter helseforetakenes behov, levere kostnadseffektive tjenester og bidrar til økonomisk bærekraftig utvikling av IKT-området.

Styret er i flere saker, senest i styresak 043-2016, orientert om arbeidet med å utrede en alternativ tilnærming til eierskap og drift av grunnleggende IKT-infrastruktur som kan bidra til en forsert gjennomføring av moderniseringen av IKT-infrastrukturen og som kan sikre bedret økonomisk bærekraft over tid, det såkalte eksternt partnerskap-prosjektet. Det er i utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan videreført dagens driftsmodell og gjennomføringsplaner, og dermed ikke forutsatt eksternt partnerskap. Dog er det gjort foreløpige analyser av konsekvensen av et eksternt partnerskap for økonomisk langtidsplan, for å sikre at premisser og rammebetingelser ivaretar muligheten til å gå videre med begge alternativer. Et eksternt partnerskap med tjenestekjøp vil medføre en annen profil i årene framover for bruk av likviditet og resultat effekt, enn dagens egne investeringer og drift av området. Dersom eksternt partnerskap besluttes, vil det forventes at de første årene innebærer en likviditets- og resultatmessig merbelastning på grunn av at tjenesten inkluderer en vesentlig og rask modernisering av IKT-infrastrukturen, men at det oppnås en netto gevinst i løpet av kontraktsperioden.

Nødvendige pågående og planlagte prosjekter innenfor Digital fornying viser et investeringsnivå på omtrent 800 millioner kroner årlig frem mot 2025. I dette ligger en oppbygging av driftsinvesteringer mot 2020 for å ha bærekraftig vedlikehold av modernisert infrastruktur, samt for å ivareta noe levetidforlengelser i påvente av en ferdig modernisert IKT-infrastruktur. Dette innebærer en økning av driftsinvesteringer fra 150 millioner kroner i 2016 til i overkant av 300 millioner kroner i 2017 og videre til et stabilt nivå på 550 millioner kroner fra 2020. For øvrig ligger det inne en ferdigstillelse av infrastrukturmoderniseringsprogrammet i 2025 og gjennomføringen av teknologiskifte innen telekommunikasjon.

I tillegg til investeringene i Digital fornying investerer helseforetakene årlig mellom 100 og 150 millioner kroner i lokale IKT-tiltak. Disse investeringene er en blanding av lokale forbedringer og investeringer i tilknytning til de regionale programmene. I planperioden forutsettes det en ytterligere styrket regional koordinering av lokale tiltak.

Utfallet av valgt innretning for Meld.St. 9 “*én innbygger - én journal*” vil kunne påvirke regional prioritering innenfor porteføljen, og da særlig mot slutten av perioden. I tillegg antas det at andelen nasjonale prosjekter vil kunne bli større i denne perioden, og at dette dermed vil belaste en større andel av Helse Sør-Østs portefølje i tiden fremover.

## 2.17 Medisinsk teknisk-utstyr - MTU

Helseforetakenes tilstand på utstyrsparken varierer, og prioritering av investering i MTU varierer dermed også som en følge av dette. Gjennomsnittlig alder på alt medisinteknisk utstyr oppgis av helseforetakene å være 9,2 år ved årsskiftet 2015/2016 for regionen sett under ett, jamfør tabell 15 under

Snittalder medisinsk teknisk utstyr	2015	2016
Akershus universitetssykehus HF	6,0	7,1
Oslo universitetssykehus HF	11,0	11,1
Sørlandet sykehus HF	8,6	8,4
Sykehuset i Vestfold HF	8,9	9,2
Sykehuset Telemark HF	7,8	8,7
Sunnaas sykehus HF	5,4	6,4
Sykehuset Innlandet HF	10,3	9,8
Sykehuset Østfold HF	7,9	2,0
Vestre Viken HF	8,6	8,0
Vektet gjennomsnitt HSØ	9,5 år	9,2 år

Tabell 13. Aldersfordeling MTU

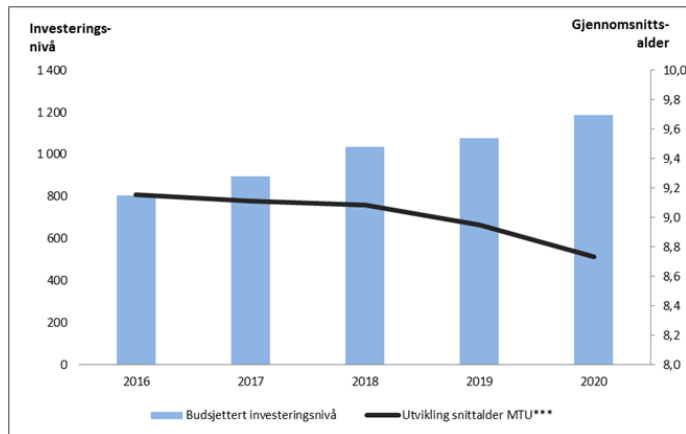
Gjennomsnittsalderen mellom foretak varierer fra om lag to år til 11 år. Dersom beregningen gjøres som et verdivektet gjennomsnitt hvor dyrt utstyr teller mest, er gjennomsnittet under 8 år.

Investeringer i medisinsk teknisk utstyr har i perioden fra 2002 økt fra rundt 500 millioner kroner til et årlig nivå ved slutten av økonomiplanperioden på over 1 milliard kroner. I perioder med store byggeprosjekter øker også investeringsnivået i medisinsk teknisk utstyr, og helseforetakene som har nyest utstyrspark er hovedsakelig de foretak med nylig ferdigstilte sykehusbygg.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at foretakene planlegger med et investeringsnivå på om lag 4.200 millioner kroner samlet i perioden 2017-2020 innen medisinsk teknisk utstyr. Dette er en økning på om lag 200 millioner kroner årlig sammenlignet med foregående økonomisk

langtidsplan. Det er Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF som planlegger med økte investeringer.

Helseforetakene planlegger å gjennomføre tilstrekkelig investeringer til å redusere gjennomsnittsalderen i regionen til under 9 år i 2020.



Figur 6. Investering og levealder MTU

Foretakene melder om at MTU prioriteres i investeringsplanene, men at det er utfordrende å senke gjennomsnittsalderen på det medisintekniske utstyret, sett i lys av behov for prioritering mellom reanskaffelse og nyinvesteringer for å møte krav til nye behov og teknologisk utvikling. Et betydelig innslag av anskaffelsene gjøres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr.

Innføring av nye behandlingsmetoder, og forventninger om at foretaksgruppen skal ligge i forkant i forhold til utprøving av nye behandlingsmetoder, medfører 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.

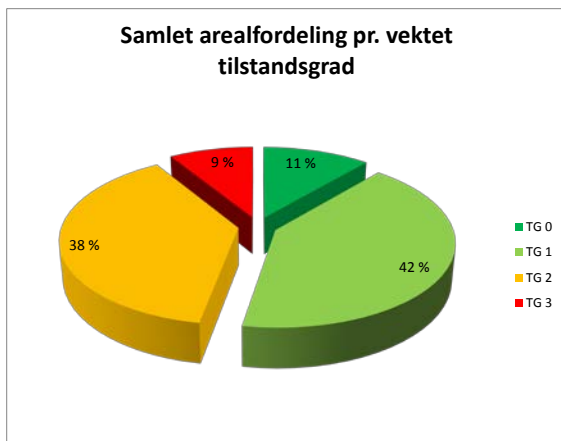
Som et ledd i det pågående arbeidet med forbedringer av anskaffelsesprosesser knyttet til innkjøp av medisinsk teknisk utstyr, har Oslo universitetssykehus HF fått i oppdrag å etablere og drifte et regionalt senter for samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr i Helse Sør-Øst. Senteret skal blant annet ivareta et kategoriansvar for regionale anskaffelser, samt utarbeide en kategoristrategi med langsiktige mål og handlingsplaner.

## 2.18 Bygningsmessig vedlikehold

I styresak 018-2016 vedtok styret at helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet. Det ble videre lagt til grunn at innspillene til økonomisk langtidsplan skulle inkludere plan for forbedring av de dårligste byggene som skal brukes videre.

Helseforetakene har utarbeidet tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner som skal føre til en forpliktende oppgradering av helseforetakenes bygningsmasse til en teknisk tilstandsgrad som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.





I 2013 innhentet Helse Sør-Øst RHF data fra tilstandsregistreringen av bygningsporteføljen i Helse Sør-Øst som er registrert inn i verktøyet Multimap. Ut i fra disse dataene er samlet vektet tilstand beregnet.

Totalt for hele Helse Sør-Øst hadde 9 % av arealene svært kraftige symptomer og var i tilstandsgrad 3 (TG 3), mens 38 % hadde middels kraftige symptomer og var i tilstandsgrad 2 (TG 2). Litt over halvparten av arealene er i meget god eller god tilstand (TG 0 eller 1)

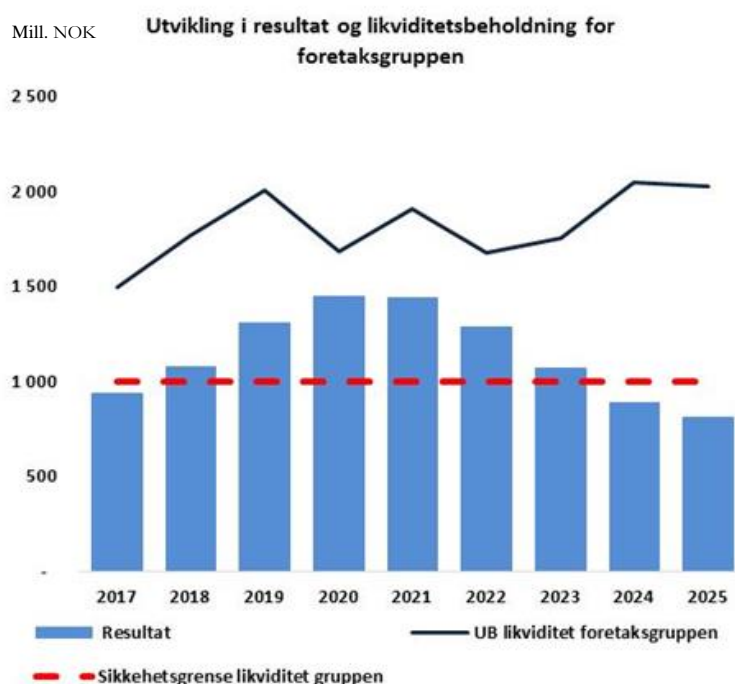
Figur 7: Tilstandsgrad bygningsmasse

Flere helseforetak melder gjennom sine kommentarer til økonomisk langtidsplan om utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke har blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid. Mange helseforetak vurderer det som krevende å sette av tilstrekkelige midler til håndtering av eksisterende vedlikeholdsetterslep over de årlige budsjettene, og vurderer at gjennomføring av nybyggprosjekter er mest hensiktsmessig.

Gjennom økonomisk langtidsplan har helseforetakene rapportert inn sine planlagte kostnadsestimater for bygningsmessig vedlikehold og utskifting for årene 2017-2020. Sammenholdt med historiske data er det innarbeidet planer som indikerer en økning i midler benyttet til vedlikehold og utskifting for helseforetaksgruppen sett under ett, hvor gjennomsnittlig beløp øker med om lag 20 prosent sammenlignet med de seneste års nivå.

## 2.19 Det økonomiske handlingsrommet

Foretaksgruppen må tilpasse drift og gjennomføring av planlagte investeringer innenfor sitt økonomiske handlingsrom for å sikre fremtidig økonomisk bæreevne. Utviklingen i foretaksgruppens likviditetsbeholdning gir et godt bilde på om planlagte økonomiske driftsforutsetninger, investeringsnivå og tilhørende forpliktelser er bærekraftig. Figur 8 illustrerer foretaksgruppens planlagte resultatutvikling og utvikling i tilgjengelig likviditetsbeholdning slik det ligger til grunn i økonomisk langtidsplan 2017-2020. Foretaksgruppens tilgjengelige likviditetsbeholdning inkluderer ledig trekk på Helse Sør-Østs kassekreditsramme.



Figur 8. Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen

Resultatutviklingen i langtidsperioden avviker fra summen av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2017-2020, som det fremgår av kapittel 2.8. Årsaken til endringen i resultatutviklingen er i hovedsak at investeringsnivået for foretaksgruppen er tilpasset til det økonomiske handlingsrommet og dermed justert i forhold til helseforetakenes innspill. Disse endringene påvirker foretaksgruppens resultat i forhold til summen av helseforetakenes innspill.

Den økonomiske langtidsplanen legger opp til å ha en likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner i vurderingen av det økonomiske handlingsrommet. Dette innebærer at det i økonomisk langtidsplan 2017-2020 er forutsatt at foretaksgruppens tilgjengelige likviditet ikke kan være lavere enn 1 milliard kroner, og investeringsplanene og det økonomiske handlingsrommet er tilpasset denne forutsetningen. I de årlige budsjettprosessene kan det imidlertid være rom for å planlegge med en likviditetsbeholdning under 1 milliard kroner, da det er mindre risiko og usikkerhet til forutsetningene for neste budsjettårs økonomiske utvikling.

Det fremgår av figur 8 at utviklingen i foretaksgruppens tilgjengelige likviditet ligger over sikkerhetsgrensen, og foretaksgruppen har således økonomisk handlingsrom for å planlegge for de felles prioriterte investeringsprosjektene som er omtalt over.

### ***Risikomomenter i økonomisk langtidsplan 2017-2020***

Det er generelt stor iboende risiko og usikkerhet knyttet til forutsetninger i økonomisk langtidsplanlegging. For økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det vurdert og identifisert følgende konkrete risikoforhold som kan påvirke den økonomiske utviklingen og få konsekvenser for de planene som det legges opp til:

- Risiko knyttet til å realisere planlagt produktivitetsvekst i langtidsperioden
- Resultatrisiko – risiko for ikke å oppnå planlagte resultater
  - Økte IKT-kostnader
  - Økte kostnader knyttet til dyre legemidler

- Risiko knyttet til økonomisk bæreevne for investeringsprosjekter
  - Risiko knyttet til å realisere positive økonomiske effekter som er forutsatt i planleggingen av investeringsprosjektene
  - Risiko knyttet til behovet for regional mellomfinansiering
- Risiko knyttet til å gjennomføre flere store investeringsprosjekter samtidig

### ***Tiltak for å håndtere risikoforhold i økonomisk langtidsplan 2017-2020***

For å hensynta risiko og usikkerhet i forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2017-2020, er det lagt opp til oppbygging av sentrale resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF, som omtalt i kapittel 2.11. Det er også innarbeidet 200 millioner kroner i investeringsbuffer per år i perioden 2017-2020 for Helse Sør-Øst RHF, som i noen grad skal sikre midler til eventuelle økte eller nye behov for investeringer det enkelte år. Videre er økonomisk handlingsrom i langtidsperioden planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner. Summen av dette vil gi foretaksgruppen et solid fundament til å håndtere risiko for at den økonomiske utviklingen blir svakere enn det som er forutsatt i økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Det arbeides kontinuerlig i foretaksgruppen med å planlegge, beslutte og sette i verk konkrete tiltak for å sikre realisering av resultater som er nødvendige for å kunne realisere de omfattende investeringsplanene som det er behov for. Investeringsprosjektene er gjenstand for grundig planlegging og kvalitetssikring for å sikre at investeringsnivåene og tilhørende driftsøkonomi er realistiske og innenfor rammene til foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Erfaringene med prosjektering og planlegging av nytt østfoldsykehus overføres til og gjenbrukes i forbindelse med nye utbyggingsprosjekter i regionen. Sykehusbygg HF, hvor ressurser fra prosjekt nytt østfoldsykehus inngår, er en sentral aktør i dette arbeidet. Forslag til hovedfunksjonsprogrammer og driftskonsept videreutvikles og legges til grunn for arbeid med organisasjonsutvikling i det aktuelle helseforetaket. De driftsøkonomiske tilpasningene som er nødvendige for å sikre bærekraft i nye sykehusbygg konkretiseres i større grad tidligere i utredningsarbeidet, og legges til grunn i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan. På denne måten skapes forutsigbarhet i de økonomiske planforutsetningene for helseforetakene, og det muliggjøres en regional styring gjennom differensierte resultatkrav.

## **2.20 Nærmere om de regionale investeringsprosjektene**

Under gis en kort vurdering av status for pågående prosjekter og prosjekter i tidligfase i foretaksgruppen.

### ***Akershus universitetssykehus HF***

Akershus universitetssykehus HF har gjennomført en idéfase for et nybygg på Nordbyhagen Som er ment å romme deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler eiet av Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet er foreløpig satt på vent, men må vurderes i forbindelse med videreføring av byggeplanene for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF, og når den bygningsmessige utviklingsplanen ved Akershus universitetssykehus HF er fullført.

### ***Oslo universitetssykehus HF***

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 20-2013 *Utviklingsplan og idéfasemandat Oslo universitetssykehus HF* vedtak om videreføring av arbeidet ved helseforetaket. Basert på denne styrebehandlingen, og en egen styrebehandling av oppstart idéfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet i

styresak 066-2015 i Helse Sør-Øst RHF, har Oslo universitetssykehus utarbeidet samlet idéfase for helseforetaket, med egne underliggende idéfaserapporter for regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og for utviklingen av Radiumhospitalet.

Disse rapportene er behandlet i styret i Oslo universitetssykehus HF i tre omganger, i sak 82-2015, sak 08-2016 og i sak 28-2016. I den første saken ble idéfaserapporten med underrapporter behandlet, i den andre ble den eksterne kvalitetssikringen og videre framdrift behandlet, og i den siste saken ble oppfølging av risiko behandlet.

Det vises til egen styresak om videreføring av planene ved Oslo universitetssykehus HF, jf. styresak 053-2016. Det vises der til et mål bilde hvor Oslo universitetssykehus HF skal utvikle seg videre som et helseforetak bestående av tre sykehus med klart definerte samfunnsoppdrag, som skal organiseres og virke sammen. På Gaustad etableres et samlet regionsykehus med tilhørende lokalsykehusfunksjoner innen kirurgi og medisin. På Aker etableres et nytt lokalsykehus i tett samarbeid med Oslo kommune, der dagens Helsearena Aker og den planlagte storbylegevakten blir sentrale elementer. Behandling av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i all hovedsak skje på Aker og integreres tett med somatisk virksomhet og kommunale tilbud.

For regional sikkerhetsavdeling med tilhørende funksjoner skal det gjøres tomtevalg og et nybygg skal programmeres og prosjekteres.

Radiumhospitalet skal utvikle sin posisjon som faglig og forskningsmessig tyngdepunkt i norsk kreftbehandling, med særlig vekt på medikamentell kreftbehandling og strålebehandling på både lokalsykehusnivå og regionnivå. Det planlegges i tillegg etablering av brystkreftsenter og prostatakreftsenter på Radiumhospitalet, herunder kirurgisk kreftbehandling som ikke krever tung intensivbehandling. Nytt klinikkbygg planlegges på Radiumhospitalet og koordineres med etableringen av protonsentre om dette legges til Oslo. Ullevål fortsetter som lokal-, region-, og traumesykehus inntil denne aktiviteten kan overføres til nye lokaler på henholdsvis Aker og Gaustad. Det vil være sykehusaktivitet på Ullevål i mange år fremover.

Oslo universitetssykehus HF har, i tillegg til ordinære løpende investeringer i foretaket, etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av myndighetspålegg og utbedring av virksomhetskritisk infrastruktur. Innenfor dette investeringsprogrammet er det etablert en tiltakspakke på 1,8 milliarder kroner (2014-verdi) som har fått 70 % lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tiltakene er planlagt gjennomført i perioden 2016-2019 og vurderes som avgjørende for å ivareta ansvaret for pasientbehandling ved Oslo universitetssykehus HF i påvente av senere nybygg. Investeringsprogrammet vil måtte gjennomgås som følge av eventuelle beslutninger om nybygg, jmfør sak 053-2016.

### ***Sykehuset Innlandet HF***

Styret i Helse Sør-Øst RHF har, med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet HF's utviklingsplan, godkjent oppstart av samlet idéfase for investeringer i foretaket, jf styresak 066-2014. Styret la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

### ***Sykehuset i Vestfold HF***

Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent for oppstart forprosjekt i juni 2014. Prosjektet er kostnadsberegnet til 2,535 milliarder kroner (prisnivå jan. 2014) og er planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2020. Arbeidet med forprosjekt pågår.

### ***Sykehuset Telemark HF***

Sykehuset Telemark HF har utarbeidet ”Utviklingsplan 2014-2016 Sykehuset Telemark HF”, som setter rammene for helseforetakets virksomhet og struktur i perioden. Denne utvides nå til en komplett utviklingsplan i henhold til den veilederen for utviklingsplaner i helseforetakene som skal behandles av de styrene i de fire regionale helseforetakene. Som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble alle helseforetakene pålagt å utarbeide utviklingsplaner i tråd med denne veilederen i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai 2016.

Med bakgrunn i den opprinnelige utviklingsplanen har foretaket ferdigstilt virksomhetsmessig utviklingsplan, og det arbeides med planer for en idéfase knyttet til nybygg ved Sykehuset Telemark HF. Videreføring av disse planene vil bli vurdert når arbeidet med den reviderte utviklingsplanen er fullført.

I tillegg forutsettes Sykehuset Telemark HF, gjennom vedtaket i styresak 030-2016 i Helse Sør-Øst RHF, å etablere en ny stråleenhet i Skien som det første av de sykehusområdene som ikke har slikt behandlingstilbud i dag. Ut fra de avklaringer som blir gjort gjennom dette vedtaket og den reviderte utviklingsplanen må Helse Sør-Øst RHF vurdere videre prosess.

### ***Sørlandet sykehus HF***

Sørlandet sykehus HF har utarbeidet en utviklingsplan, som er forutsatt ferdigstilt etter at den nasjonale helse- og sykehusplanen nå er vedtatt.

Sørlandet sykehus HF har utarbeidet konsept for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Prosjektet er gjennomgått i fellesskap av helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF for å sikre at bygget er riktig og optimalt dimensjonert, og at planlegging og bygging kan gjennomføres effektivt. Foretaket forutsatte i styresak 046-2015 at nybygget kunne «..... realiseres innen en sluttsum på 765 millioner kroner.»

Konseptrapporten ble styrebehandlet i Sørlandet sykehus HF den 19.mai 2016, sak 044-2016, hvor det ble vedtatt med en kostnadsramme på 780 millioner 2016-kroner, som tilsvarer kostnadsmålet i styresak 046-2015.

Det vises til egen styresak om dette prosjektet, jf. sak 055-2016

### ***Vestre Viken HF***

Oppstart av konseptfasen ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst RHF 19.06.2014, sak 043-2014, hvor det bl.a. står at ”Styret ber om at det planlegges for en eventuell etappevis ferdigstilling av sykehuset, slik at det er bygningsmessig fleksibilitet til å tilpasse kapasitetsbehovet i 2030”.

Endelig konseptfaserapport ble styrebehandlet i Vestre Viken HF 9. mai 2016, sak 21/2016, med to alternativ – ett med utbygging på eksisterende tomt på Bragernes, og ett på Brakerøya der sistnevnte ble innstilt fra styret i Vestre Viken HF. Styret i Vestre Viken HF tilrår videre at prosjektet på Brakerøya gjennomføres som ett samlet prosjekt for somatikk, psykisk helsevern og rus. Det vises til egen styresak om dette prosjektet, jf. sak 054-2016

I samme styresak vedtok styret i Vestre Viken HF å gå videre med planlegging av vedlikeholdsinvesteringer på Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus, mens øvrige utviklingsprosjekter som krever nybygg ble forutsatt utsatt slik at Vestre Viken HF og Helse Sør-Øst RHF økonomiske bæreevne blir ivarettatt. Dette omfatter bl.a. DPS-utbyggingene.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at planlagte vedlikeholdsinvesteringer videreføres i et tilstandsbasert vedlikeholdsprogram i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin eiendomsstrategi, og at eventuelle ombygginger og investeringer ut over dette håndteres i henhold til gjeldende fullmaktregime.

### *Sunnaas sykehus HF*

Sunnaas sykehus HF har søkt om å gå videre til konseptfase med et 3. byggetrinn, med en beregnet prosjektkostnad mellom 230 til 342 millioner kroner avhengig av valgt alternativ for dimensjonering, basert på 70 % lånefinansiering og resten som egenfinansiering. Denne saken vil bli sett i sammenheng med behandlingen av regional plan for rehabiliteringstilbudet, som igjen vil bli en del av den planlagte regionale utviklingsplanen

Siden prosjektet er under 500 millioner kroner, kan det ikke påregnes lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regional låneandel vurderes ved eventuell beslutning av prosjektet.

## **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Siden regionens første økonomiske langtidsplan ble behandlet i 2010, er disse planene etablert som sentrale og nyttige virkemidler i helseforetakenes planprosesser knyttet til aktivitetsnivå og kostnadstilpasning for å planlegge for en resultatutvikling som gir rom for investeringsmuligheter over et lengre tidsrom enn det enkelte budsjettår. Økonomisk langtidsplan er videre viktig for det regionale helseforetaket for å vurdere mulighetsrommet over tid for regionalt finansierte investeringer, herunder tidsperspektiv og faseinndeling i de store utbyggingsprosjektene og utbygging av IKT-infrastruktur. Årlig rullering av den regionale økonomiske langtidsplanen gir kontinuitet i de økonomiske prosessene i foretaksgruppen, og er en viktig premisse inn mot de årlige budsjettbehandlingene.

Det er et gjennomgående trekk ved helseforetakenes økonomiske langtidsplaner at det legges til grunn et positivt utviklingsbilde knyttet til produktivitet og resultat. Selv om flere helseforetak peker på generell risiko for at målene ikke vil nås, er det bare i liten grad spesifisert hvilke tiltak eller tilpasninger som er forutsatt iverksatt for å redusere slik risiko slik at forutsetningene om resultat kan nås. Innspillene fra helseforetakene viser at det fortsatt er store forskjeller mellom helseforetakene i foretaksgruppen hva angår produktivitet og resultatgrad. Det er i flere sammenhenger påpekt at det er et betydelig gevinstpotensial ved å redusere unødvendig variasjon, både med hensyn til produktivitet og resultat, samt i forhold til mål på aktivitet, prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet.

Det forventes at kravet om å gi psykisk helsevern og TSB høyere ressursmessig prioritet enn somatikk, vil gjøres gjeldende gjennom hele økonomiplanperioden. Ut fra det som nå foreligger av innspill er vurderingen at denne prioriteringen er ivarettatt.

Resultatkravene i økonomisk langtidsplan viser at det vil bli et behov for en reduksjon av blant annet lønnskostnader for å dekke inn økte kostnader til høykostmedisiner og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg vil investeringer i regionale IKT-løsninger gi økte avskrivningskostnader, og behov for gevinstuttak og kostnadstilpasninger ved alle helseforetak.

Fremover vil Helse Sør-Øst RHF derfor ha fokus på tiltak som kan gi høyere produktivitet, og sørge for at foretakene kan lære av hverandre i arbeidet med produktivitetsforbedringer og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser. Medvirkning og involvering vil være særdeles viktige virkemidler for å engasjere medarbeidere og ledere i dette arbeidet

Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset behovet. Det er et særskilt fokus på kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Befolkningsveksten i disse sykehusområdene vil bli møtt med kapasitetstilpasninger i Oslo sykehusområde, og medfølgende trinnvis tilbakeføring av opptaksområder fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde. Det vises til egne styresaker vedr planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF, samt om kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder.

Det er gjort en gjennomgang av de driftsmessige forutsetningene for overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde fra 1. januar 2017. Den samlede vurdering er at overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune fra 1. januar 2017 ikke kan anbefales. Det vil bli gjort en ny vurdering rundt årsskiftet 2016/17.

Foretaksgruppen står overfor store og ressursmessig svært krevende utbyggingsprosjekter i Oslo-området i årene frem mot 2030. I tillegg legges det opp til å realisere nytt Drammen-sykehus og en ønsket satsning på Digital Fornying, samt øvrige tidligere vedtatte investeringsprosjekter. I tillegg er det vedtatt utbygging av stråleterapienheter, eventuelt også protonsentere.

Helse- og omsorgsministeren har gitt klare føringer for planlegging av sykehusdrift i henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan. Det forventes imidlertid ikke at planen vil påvirke prioritering av og fremdriftsplaner knyttet til de store utbyggingsprosjektene i regionen. Nasjonal helse - og sykehusplan omhandler i første rekke innholdet i og drift av spesialisthelsetjenesten.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen