

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	15. juni 2017

SAK NR 069-2017

ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021

Forslag til vedtak:

1. Styret tar økonomisk langtidsplan 2018-2021 til etterretning.
2. Det legges til grunn at helseforetakenes arbeid med kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen skal gis høy prioritet gjennom hele perioden, slik at kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene blir ivaretatt på en god måte.
3. Styret tar plantallene for aktivitet i 2018 og ut perioden 2018-21 til foreløpig orientering. Styret ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes aktivitetsbudsjetter inn mot 2018 og senere årsbudsjetter for å sikre at de krav og føringer som følger av statsbudsjettet det enkelte år 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 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. Styret forutsetter at det arbeides med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak som anses nødvendig for å sikre tilstrekkelig resultatutvikling i perioden slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette arbeidet må skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner

Hamar, 8. juni 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Helseregionens økonomiske langtidsplan skal, under gitte økonomiske og demografiske rammebetingelser, vise utvikling i pasientbehandlingen og medisinsk-faglige prioriteringer i et 4-års perspektiv. Planen skal videre gi en helhetlig vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv.

Det vises til sak 021-2017 *Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Planforutsetninger*, som styret behandlet 9. mars 2017. I sak 021-2017 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. Saksfremstillingen er basert på helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, som er forutsatt behandlet i de lokale foretaksstyrene.

Fremstillingen i denne saken er basert på de opprinnelige rammeforutsetningene for Digital Fornyng og IKT-infrastrukturmodernisering med ekstern leverandør, i tråd med styresak 021-2017. Den siste tidens utvikling innen IKT- infrastrukturområdet som tilsier endringer i gjennomføringen av infrastrukturmoderniseringen, er ikke hensyntatt, jf. styresak 058-2017. Replanleggingen av infrastrukturmoderniseringsprosjektet i Sykehuspartner eller vesentlige endringer i tilnærmingen til moderniseringen av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst, vil påvirke den økonomiske langtidsplanen og budsjettet for 2018.

De regionale byggeprosjektene i denne saken er videreført fra økonomisk langtidsplan for 2017-2020, jf. styresak 051-2016, som påviste økonomisk handlingsrom for investeringene uten det senere etablerte businesscasen for infrastrukturmodernisering med ekstern leverandør.

Administrerende direktør legger i tillegg frem separate saker knyttet til investeringsprosjekter ved Oslo universitetssykehus, jf. også kort omtale senere i saken.

Det vises i denne sammenheng til følgende styresaker:

- Sak 070-2017 Oslo universitetssykehus HF. Behandling av konseptfase regional sikkerhetsavdeling
- Sak 071-2017 Oslo universitetssykehus HF. Behandling av konseptfase nytt klinikkbygg Radiumhospitalet
- Sak 072-2017 Oslo universitetssykehus HF. Oppstart konseptfaser for Aker og Gaustad

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Kvalitet og pasientbehandling

Helseforetakene er i sine innspill til økonomisk langtidsplan bedt om å innrette sin planlagte virksomhet i perioden med sikte på å nå følgende overordnede mål, jf. styresak 021-2017:

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

I tillegg skal de regionale målene legges til grunn for planleggingen, dvs.

- *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*

Disse målene utgjør samlet sett rammeverket for helseforetakenes arbeid med økonomiske langtidsplaner. Ut fra helseforetakenes innspill, vil det bli arbeidet planmessig og målbevisst med disse målene, og arbeidet vil bli gitt høy prioritet. Status for og utvikling i dette arbeidet vil bli fulgt opp i de ordinære rapporteringene til styret.

2.2 Nye inntektsforutsetninger

I styresak 021-2017 varslet administrerende direktør at en eventuelt ville komme tilbake til enkelte justeringer av inntektsrammeforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2018-2021 våren 2017, eventuelt med virkning fra 2018, knyttet til finansieringen av Sunnaas sykehus HF, de tre private ideelle sykehusene uten definert opptaksområde og mulig avregning av helseforetakenes bruk av luftambulansetjenesten.

Dette arbeidet pågår, og det er foreløpig ikke grunnlag for å vurdere eventuelle endringer i rammeforutsetningen for de nevnte sykehusene i økonomisk langtidsplan. Administrerende direktør vil komme tilbake til grunnlaget for en eventuell justering av inntektsrammeforutsetningene i forbindelse med behandlingen av budsjett 2018. Det samme gjelder avregning for bruk av luftambulansetjenester.

2.3 Endringer i foretaksstruktur og oppgavefordeling

Som styret er kjent med har det over tid vært arbeidet med å utrede omlegging av opptaksområder i regionen, samt oppgave- og funksjonsfordeling mellom helseforetak og sykehus i Oslo sykehusområde. Bakgrunnen for dette arbeidet har dels vært ønske fra befolkningen om annen sykehistilørhørighet enn i dag, dels et ønske om en optimal utnyttelse av sykehuskapasiteten i Oslo- området, også sett i lys av forventet befolkningsvekst og de store utbyggingsprosjektene ved Oslo universitetssykehus.

Status på disse sakene er som følger:

Overføring av Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde

Styret vedtok i sak 090-20104 at spesialisthelsetilbudet for befolkningen i Vestby kommune i Akershus skal overføres fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde.

En forutsetning for denne overføringen var at Sykehuset Østfold viste god driftsmessig utvikling i forhold til etablerte rammer og øvrige forutsetninger etter flytting av virksomhet til nytt bygg på Kalnes. En arbeidsgruppe nedsatt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF fikk mandat til å gjennomgå driftsforutsetningene ved Sykehuset Østfold med hensyn på sengekapasitet, poliklinikk-kapasitet og kapasitet i akuttmottak. Denne arbeidsgruppen avga sin innstilling i april 2017, hvor konklusjonen var at Sykehuset Østfold nå har tilstrekkelig kapasitet til å overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten for befolkningen i Vestby. Det er videre innhentet redegjørelse fra Sykehuset Østfold knyttet til kapasitet i akuttmottaket og så arbeides det med en oppdatert risikoanalyse knyttet til overføringen. Saken er av denne grunn fortsatt til administrativ behandling i Helse Sør-Øst RHF og den skal blant annet forelegges konserntillitsvalgte og brukerutvalg før endelig tidspunkt fastsettes.

Tentativ dato for overtagelsen er satt til 1. mai 2018.

Overføring av Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus

Det vises til omtale i styresak 021-2017. Saken har vært på høring med frist 24. mai 2017. Det vises til egen styresak ang denne saken, jfr. sak 068 -2017

Kapasitetstilpasninger i hovedstadsområdet.

Som omtalt i tidligere styresaker, senest sak 021-2017 *Økonomisk langtidsplan 2018-2021.*

Planforutsetninger, arbeides det videre med aktuelle løsningsforslag knyttet til kapasitetstilpasninger i hovedstadsområdet, herunder oppgavefordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Oppgavefordelingen vil samlet gi kapasitetstilpasninger som vil legge til rette for tilbakeføring av deler av opptaksområdet for Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde. Denne prosessen ses i sammenheng med de store investeringsprosjektene ved Oslo universitetssykehus.

Foreløpig legges det til grunn følgende endringer

- Det etableres et samlet tilbud for medikamentell kreftbehandling og palliativ behandling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til pasienter fra egne opptaksområder. I første fase anbefales det å overføre medikamentell kreftbehandling av tykk-/endetarmskreft og blodkreft til Diakonhjemmet Sykehus og medikamentell kreftbehandling av lungekreft, brystkreft og blodkreft til Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Det etableres et samlet tilbud for hemodialyse ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egen og Diakonhjemmet Sykehus' sektor.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus bygger opp et tilbud for primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner fra eget opptaksområde.

I tillegg er det vurdert endringer i organiseringen i Oslo sykehusområde innen alders- psykiatri, urologi eller behandling av eldre med hoftebrudd.

Økonomisk sett vil en endring i oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde håndteres innenfor den økonomiske rammen dette sykehusområdet har i dag. Endringen vil derfor innebære omfordelinger av basisrammer mellom de aktuelle sykehusene i forhold til dagens situasjon. Ved tidspunkt for overføring av fagområdene som besluttet overført, vil det som en del av detaljering av overføringen, være nødvendig å se videre inn i de økonomiske konsekvensene for avgivende og mottakende sykehus. Håndtering av økonomiske effekter, gjennom tilpasning av sykehusenes inntektsramme til drift og investering, må vurderes på bakgrunn av oppdatert informasjon og gjennomarbeidet økonomisk grunnlag fra de berørte sykehusene ved tidspunkt for overføring. Det legges opp til at endringene vil bli basert på ny modell for inntektsfordeling for Oslo sykehusområde som er under utvikling. Det legges til grunn at endringene som blir vedtatt kan implementeres fra 2019, da ny inntektsmodell for Oslo sykehusområde vil være på plass.

2.4 Ventetider

I styresak 021-2017 ba styret om at det skal planlegges for at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres hvert år, være under 60 dager for somatikk og under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Flere av helseforetakene ligger allerede i dag under disse kravene, og det arbeides systematisk og planmessig i foretaksgruppen for å få ned ventetiden ytterligere. Som tidligere år vil status knyttet til disse indikatorene bli rapportert jevnlig til styret.

2.5 Aktivitet og prioritering

I planforutsetningene for økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn at foretaksgruppen samlet skulle fremvise en generell vekst i pasientbehandlingen i 2018 på i overkant av 2 %. Til sammenligning er det forventet en befolkningsvekst i regionen på 1,24 % fra 2017 til 2018. Det er videre fremholdt at det bør realiseres en vekst i aktiviteten innen somatikk på om lag 7 % i perioden 2018-2021.

Antall ISF- poeng (tidligere DRG-poeng) knyttet til somatisk behandling av Helse Sør-Øst pasienter vil i henhold til helseforetakenes innspill øke med 1,1% fra 2017 til 2018 og med 5,9% i økonomiplanperioden, jf. tabell 1:

Somatikk	2 016	Est 2017 pr mars	Endring 2017-2018	Endring 2017- 2021
Antall ISF- poeng HSØ- pasienter	828 728	862 092	1,1 %	5,9 %

Tabell 1. ISF- poeng somatikk, «sørge for» -ansvaret

En vekst på 1,1% i antall ISF- poeng er lavere enn faktisk vekst de senere år, hvor gjennomsnittlig årlig vekst er om lag 3,3% i antall poeng.

En vekst på 5,9 % i antall ISF-poeng i perioden er også lavere enn lagt til grunn i forrige økonomiplan, hvor det ble planlagt en vekst i ISF- poeng på 8 % i perioden 2017 til 2020. Administrerende direktør vil følge opp aktivitetsplanleggingen inn mot budsjett 2018 for å sikre at det planlegges med et aktivitetsnivå som er i henhold til føringer i statsbudsjettet for 2018.

Det ble videre i planforutsetningene presisert at aktivitetsveksten innen tjenesteområdene psykisk helsevern og TSB hver for seg skulle fremvise en høyere vekst enn innen somatikken og at det skal legges til rette for at dette kravet skal innfris for foretaksgruppen hvert år i perioden. I oppdragsdokumentet for 2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak er det presisert at aktivitetsveksten i denne sammenheng skal måles ved antall polikliniske konsultasjoner.

Veksttallene for budsjettet poliklinisk aktivitet i årene 2018 til 2021 fremkommer som i tabell 2 under.

Antall polikliniske konsultasjoner	% - vis vekst fra året før				% vekst 2017-21
	2018	2019	2020	2021	
∅ somatikk	2,1 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	8,6 %
∅ psykisk helsevern voksne	2,2 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	9,1 %
∅ psykisk helsevern barn og unge	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	9,7 %
∅ TSB	2,2 %	1,9 %	2,0 %	2,0 %	8,3 %

Tabell 2. Prosent vekst i poliklinisk aktivitet fordelt på tjenesteområder

Veksten fra 2017 til 2018 er basert på årsestimatet for 2017 per mars.

Aktivitetsbudsjettene for de enkelte helseforetakene og sykehusene er utarbeidet ut fra lokale forhold og analyser, vurderinger av behov ut fra demografiske forhold og befolkningsutvikling i eget opptaksområde, status knyttet til ventetider og fristbrudd, samt øvrige forhold innenfor de ulike tjenesteområdene. Dette innebærer at det i enkelte sykehusområder fremviser en aktivitetsutvikling som avviker fra kravet om høyere årlig vekst innen psykisk helsevern og TSB enn somatikk. Forventet aktivitetsutvikling er videre dels begrunnet i rekrutteringsproblemer for enkelte personellgrupper, særlig innen psykisk helsevern og TSB. Videre forventes det økt forekomst av bla kreftsykdommer i årene som kommer. Det påpekes også at økt ramme til pasientbehandling innen psykisk helsevern og TSB i stor grad styrker aktiviteter som ikke gir målbar aktivitetsvekst, herunder samarbeid med kommuner og økt ambulant virksomhet. Samlet innebærer dette at aktivitetsutviklingen innen de enkelte tjenesteområder varierer mellom sykehusområdene.

Kravet fra eier om større aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk gjelder på regionnivå. Administrerende direktør legger imidlertid til grunn at alle helseforetak og sykehus, der det er relevant, skal legge til rette for at dette kravet innfris. Slik økonomisk langtidsplan nå foreligger, innfris ikke kravet om høyere aktivitetsvekst innen TSB enn somatikken for planperioden. Administrerende direktør vil følge opp helseforetakenes og sykehusenes aktivitetsbudsjettering for å sikre at dette kravet blir ivarettatt i det enkelte budsjettår og at budsjettprioriteringene følges opp gjennom året.

Tabell 3 under gir en oversikt over i aktivitetsbildet i perioden, målt i døgn- og dagbehandling samt poliklinikk for tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern voksne (VOP), psykisk helsevern barn og unge (BUP) og TSB.

	Estimat 2017 pr mars	Økonomiplan				Endring 2017-2018	Endring 2017-2021
		2018	2019	2020	2021		
Somatikk							
Antall utskrivinger døgnbehandling	496 429	503 329	510 282	516 892	523 526	1,4 %	5,5 %
Antall liggedøgn	1 870 096	1 887 787	1 908 944	1 930 211	1 951 964	0,9 %	4,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	315 401	322 478	329 320	336 072	342 970	2,2 %	8,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 034 747	3 099 521	3 164 183	3 229 224	3 296 456	2,1 %	8,6 %
Psykisk helsevern voksne							
Antall utskrivinger døgnbehandling	25 847	25 548	25 519	25 459	25 431	-1,2 %	-1,6 %
Antall liggedøgn	584 856	577 528	576 498	574 695	573 412	-1,3 %	-2,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	1 447	1 440	1 441	1 442	1 443	-0,5 %	-0,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	945 044	965 674	986 930	1 008 922	1 031 393	2,2 %	9,1 %
Psykisk helsevern barn og unge							
Antall utskrivinger døgnbehandling	1 203	1 194	1 193	1 193	1 223	-0,7 %	1,7 %
Antall liggedøgn	49 499	48 811	48 763	48 763	49 089	-1,4 %	-0,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 694	4 256	4 257	4 258	4 259	15,2 %	15,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	486 658	498 258	509 721	521 621	533 653	2,4 %	9,7 %
TSB							
Antall utskrivinger døgnbehandling	8 282	8 183	8 234	8 239	8 244	-1,2 %	-0,5 %
Antall liggedøgn	391 493	388 677	388 671	388 671	388 671	-0,7 %	-0,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	1 344	1 344	1 345	1 346	1 347	0,0 %	0,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	264 643	270 414	275 661	281 169	286 673	2,2 %	8,3 %

Tabell 3. Aktivitetsutvikling pr. tjenesteområde. Antall og prosent endring.

Som tabellen viser legges det opp til en større økning i dag- og poliklinisk behandling enn døgnbehandling innen alle tjenesteområder. Dette er en ønsket utvikling og i tråd med faglige prioriteringer.

2.6 Bemanningsutviklingen

Tabell 4 på neste side 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 1,0 % i perioden 2017 til 2021.

I forrige økonomiske langtidsplan ble det lagt opp til en bemanningsreduksjon på 2,4% over fireårs-perioden 2016-2020. Vurderingen er at økonomiplanen for 2018-2021 er mer realistisk med hensyn på bemanningsutviklingen enn ved forrige økonomiplan. Samtidig er det viktig at det arbeides videre med realistiske bemanningsplaner.

Brutto månedsverk	Estimat 2017 pr. mars	%vekst 2017-2018	%vekst 2017-2021
Akershus universitetssykehus HF	6 621	1,4 %	3,7 %
Oslo universitetssykehus HF	18 707	-0,9 %	-0,2 %
Sunnaas Sykehus HF	564	-1,2 %	-0,7 %
Sykehusapotekene HF	700	1,7 %	2,3 %
Sykehuspartner HF	1 323	-1,9 %	-4,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 145	-0,6 %	-2,3 %
Sykehuset Innlandet HF	7 420	-1,0 %	-3,2 %
Sykehuset Telemark HF	3 001	-1,9 %	-4,4 %
Sykehuset Østfold HF	4 840	-1,5 %	-1,7 %
Sørlandet sykehus HF	5 594	0,2 %	-0,4 %
Vestre Viken HF	7 180	-0,2 %	-2,8 %
Helse Sør-Øst RHF	165	4,2 %	4,2 %
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	60 260	-0,5 %	-1,0 %

Tabell 4. Brutto månedsverk og % endring pr helseforetak

Helseforetakene viser ulike utviklingsbaner når det gjelder bemanningen. De fleste helseforetakene planlegger med noe redusert bemanning i perioden 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. Unntaket er Akershus universitetssykehus, som legger opp til økt bemanning innen alle tjenesteområder fra 2017 til 2021. Innenfor TSB er dette begrunnet i et ønske om å redusere gjestepasientkostnader ved å behandle flere pasienter selv.

Den relativt store nedbemanningen i Sykehuspartner i perioden er knyttet til forutsatt overføring av personell i forbindelse med infrastrukturmoderniseringsprogrammet, samt bemanningsreduksjon som følge av økt effektivisering. Som tidligere nevnt pågår det replanlegging av infrastrukturmoderniseringsprosjektet, og dette vil påvirke bemanningsplanene i Sykehuspartner.

Økt antall månedsverk fra 2017 til 2018 i det regionale helseforetaket skyldes bla. en virksomhetsoverdragelse fra Sykehuspartner til Helse Sør-Øst RHF.

Som en del av prioriteringsregelen for psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk, er det også lagt til grunn at veksten i personalressurser skal speile dette. Tabell 5 under viser de relative andeler av månedsverkene fordelt på tjenesteområdene i perioden.

Brutto månedsverk	Andel				
	2017	2018	2019	2020	2021
Somatikk	75,3 %	75,1 %	75,0 %	75,0 %	75,0 %
Psykisk helsevern voksne	16,9 %	16,9 %	17,0 %	17,0 %	17,0 %
Psykisk helsevern barn og unge	4,4 %	4,4 %	4,4 %	4,4 %	4,4 %
TSB	3,5 %	3,6 %	3,6 %	3,6 %	3,6 %
I alt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 5. Bemanning pr. tjenesteområde- relative andeler

Andelen brutto månedsverk innen somatikk reduseres noe i perioden, en reduksjon som motsvares av økte andeler innen voksenpsykiatri og TSB, mens andelen månedsverk innen BUP er konstant gjennom hele perioden. Endringene over perioden er imidlertid små og andelen stabile etter 2019. Bemanningsutviklingen innen BUP må følges særskilt.

2.7 Inntekter og kostnader

Tabell 6 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 2017- nivå. Variable inntekter består av ISF-refusjoner og polikliniske refusjonsinntekter. Andre inntekter består av gjestepasientinntekter og diverse foretaksspesifikke inntekter.

	Est. 2017 pr. mars	% endring 2017-18	% endring 2017-21
Faste inntekter	50 321	0,4 %	3,0 %
Variable inntekter	20 712	1,2 %	6,1 %
Andre inntekter	7 952	-6,4 %	3,2 %
Sum driftsinntekter	78 985	-0,1 %	3,9 %

Tabell 6. Inntektsutvikling. 1000 kr. og prosent

Som følge av forutsatt økt aktivitet legges opp til at de variable inntektene, dvs. de aktivitetsbaserte inntektene øker mer enn de faste inntektene i perioden.

En usikkerhet i planleggingen er hvordan ISF- løsningen innen psykisk helsevern og TSB blir utformet de nærmeste årene. I planforutsetningene for 2018-2021 er det lagt til grunn at 2017- løsningen videreføres hele perioden, dvs. at det kun er poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB som blir finansiert gjennom ISF- ordningen. Det er forutsatt at refusjonsandelen innen innsattsstyrt finansiering somatikk er 50 % gjennom hele perioden.

Tabell 7 viser kostnadsutviklingen fordelt på lønn/pensjon (arbeidskraft), avskrivninger (kapital) og varekjøp, samt andre driftskostnader.

	Est. 2017 pr. mars	% endring 2017-18	% endring 2017-21
Lønn inkl pensjon	47 053	0,0 %	-0,3 %
herav lønn til fast ansatte	34 089	-0,1 %	-0,4 %
Varekostnad	8 150	-5,2 %	7,9 %
Avskrivninger	3 829	-2,9 %	3,6 %
Andre kostnader	18 956	-14,2 %	-9,0 %
Sum driftskostnader	77 988	-4,1 %	-1,4 %

Tabell 7. Kostnadsutviklingen. 1000 kroner og prosent

Andeler av de ulike kostnadskomponentene i forhold til totalkostnadene fremstilles som i tabell 8.

	Est. 2017 pr. mars	Økonomiplan			
		2018	2019	2020	2021
Lønn inkl pensjon	60,3 %	60,4 %	60,1 %	59,1 %	58,5 %
herav lønn til fast ansatte	43,7 %	43,7 %	43,5 %	42,8 %	42,3 %
Varekostnad	10,5 %	14,1 %	14,4 %	14,7 %	15,0 %
Avskrivninger	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %
Andre kostnader	24,3 %	20,7 %	20,8 %	21,3 %	21,5 %
Sum driftskostnader	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 8. Kostnadsandeler

Lønnskostnadene, inklusive pensjonskostnader, utgjør i 2017 60,3 % av foretaksgruppens samlede driftskostnader. Denne andelen reduseres til 58,5 % i 2021, i stor grad som følge av redusert bemanning, noe som også ses ved at andelen lønn til fast ansatte reduseres noe i perioden.

Foretaksgruppens samlede inntekts- og kostnadsbilde for perioden fremstår som i tabell 9 under.

	Est. 2017 pr. mars	Økonomiplan			
			2019	2020	2021
Driftsinntekter	78 985	78 904	79 974	81 149	82 031
Driftskostnader	77 988	77 937	78 437	79 354	80 145
Driftsresultat	997	966	1 536	1 795	1 886
Finansresultat	-89	-95	-112	-144	-238
(Års)resultat	905	868	1 422	1 646	1 643
Herav endrede pensjonskostnader utover forutsetnin	-289				
Resultat	616	868	1 422	1 647	1 643

Tabell 9. Inntekter og kostnader 2017-2021. Mill. 2017-kroner

2.8 Kostnader pr tjenesteområde- prioriteringsregelen

Som en del av prioriteringsregelen når det gjelder psykisk helsevern og TSB sett i forhold til somatikk, skal også kostnadene til de enkelte tjenesteområdene vurderes. Helseforetakene er derfor bedt om å spesifisere driftskostnadene på tjenesteområder. Dette ser ut som i tabell 10 under.

	2017		Økonomiplan, andel			
	Budsjett	Andel	2018	2019	2020	2021
Somatikk	44 035	76,1 %	75,4 %	75,5 %	75,5 %	75,5 %
Psykisk helsevern voksne	9 230	16,0 %	16,4 %	16,3 %	16,3 %	16,3 %
Psykisk helsevern barn og unge	2 060	3,6 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %
TSB	2 542	4,4 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %	4,4 %
I alt	57 867	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 10. Kostnader pr. tjenesteområde ekskl. avskrivninger, legemidler og pensjon. Mill. kroner og %

Som tabell 10 viser er andelen kostnader til tjenesteområdene stabile utover i perioden, med en redusert andel i kostnadene til somatikk i forhold til 2017 mot en tilsvarende økning innen de andre tjenesteområdene. Denne utviklingen er i samsvar med bemanningsutviklingen, jf. tabell 5.

2.9 Tjenestepriser fra Sykehuspartner

Sykehuspartner finansieres i hovedsak ved fakturering av tjenestepriser til de øvrige helseforetakene i foretaksgruppen. Grunnlaget for IKT-tjenesteprisene er kostnadene i Sykehuspartner, som bl.a. påvirkes av investeringsnivået i Digital fornying.

Sykehuspartner har ansvaret for å gjennomføre avtalen med ekstern leverandør om modernisering av IKT- infrastrukturen. Det er ikke besluttet modeller for tjenesteprisfordeling vedrørende infrastrukturmodernisering og –drift ved ekstern leverandør, og det er som planforutsetninger overfor helseforetakene kun gjort overordnede og foreløpige beregninger. Økte kostnader som en konsekvens av forsert modernisering av infrastrukturen tillates å generere

underskudd i Sykehuspartner i planperioden, jf. tabell 13 under. De godkjente negative resultatene i Sykehuspartner i perioden 2016-2019 vil medføre en akkumulert negativ egenkapital som må reetableres over tid. Det er som en planforutsetning i økonomisk langtidsplan 2018-2021 lagt til grunn at egenkapitalen reetableres over en femårs periode fra 2020 til 2024. Som en følge av replanleggingen av infrastrukturmoderniserings-prosjektet må det arbeides videre med modeller for tjenesteprisfordeling knyttet til infrastruktur og med resultatutviklingen i Sykehuspartner. Det vises her til innledende merknader i punkt 1 om hvilke forutsetninger som er lagt til grunn når det gjelder infrastrukturmodernisering og avtalen med ekstern leverandør.

Sammenlignet med planforutsetningene hva gjelder tjenestepriser for IKT i fjorårets økonomiske langtidsplan 2017-2020, viser årets planforutsetninger en reduksjon i tjenestepriser i 2018-2020 på i størrelsesorden 150 millioner kroner.

Flere av helseforetakene anfører at tjenesteprisutviklingen fra Sykehuspartner er krevende og innebærer risiko for at de fastsatte resultatmålene ikke nås.

2.10 Legemiddelkostnader

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

I de siste års statsbudsjetter er det finansielle ansvaret for stadig flere, dyre pasientadministrerte legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Formålet med dette er i følge Helsedirektoratet å

- hindre forbruksvridning mellom sammenlignbare legemidler som gis på sykehus og legemidler som brukes hjemme
- styrke insentivet til riktigere prioritering
- skape reell priskonkurranse mellom kostbare, patenterte legemidler som langt på vei kan erstatte hverandre

Overføring av finansieringsansvaret for nye, pasientadministrerte legemidler finansieres ved økte bevilgninger i de årlige statsbudsjettene, både ved økt basis og utvidelse av ISF- ordningen.

Tabell 11 under viser økningen i legemiddelkostnader for Helse Sør-Øst og for landet som helhet, oppdelt i legemidler gitt i sykehus og H-resepter.

Utgifter til legemidler, faste priser	% -vis vekst	
	2011-2015	2014-2015
Helse Sør-Øst i alt	35	7
i sykehus	19	6
i H-resepter	77	8
Landet i alt	22	8
i sykehus	10	9
i H-resepter	43	6

Tabell 11. Utgifter til legemidler i faste priser. Kilde: SAMDATA 2015

Som tabell 11 viser er kostnadsveksten for H-resepter (pasientadministrerte legemidler) vesentlig høyere enn for legemidler gitt i sykehus i årene 2011 til 2015. Økningen er høyere i Helse Sør-Øst enn for landet som helhet. 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.

Alle helseforetakene trekker frem økte kostnader til legemidler som en vesentlig kostnadsdriver og en utfordring for å realisere ønsket resultatmål i kommende økonomiplanperiode.

Helseforetakenes kostnader til legemidler er estimert til å øke fra om lag 3,2 milliarder kroner i 2017 til om lag 4,1 milliarder kroner i 2021, i faste 2017- priser, dvs en økning på 28,5%. Til sammenligning er veksten i driftskostnadene samlet sett beregnet å øke med om lag 2,8% i samme periode.

Det er antatt at det ligger et betydelig innsparingspotensiale for helseforetakene ved bruk av anbudskonkurranse i anskaffelsene for legemidler, og dette er også forutsatt fra Helse- og omsorgsdepartementets side i statsbudsjettet for 2017.

I protollen fra foretaksmøtet 10. januar 2017 er de regionale helseforetakene bedt om å arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. juni skal det legges frem et foreløpig forslag for Helse- og omsorgsdepartementet med konkrete tiltak for hvordan helseforetakene kan stimuleres til overgang til rimeligere, men faglig likeverdige legemidler. Endelig rapport skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet 1. november.

2.11 ISF - produktivitet

ISF- produktivitet måler samlet antall ISF- poeng produsert i helseforetakene i forhold til antall månedsverk. ISF- tallene omfatter derfor også behandling av pasienter fra andre helseregioner ved sykehus i Helse Sør-Øst.

Som en følge av pasientsammensetningen har Sunnaas sykehus en ressursbruk per ISF- poeng som er betydelig høyere enn gjennomsnittet for foretaksgruppen. Også Oslo universitetssykehus fremviser en lav produktivitet sammenholdt med øvrige helseforetak. Dette har sammenheng med at Oslo universitetssykehus er tillagt en rekke regionale og nasjonale funksjoner som i gjennomsnitt er mer ressurskrevende enn øvrig pasientbehandling. Tabell 12 under viser derfor også tall eksklusive disse to helseforetakene.

ISF- produktivitet	Estimat 2017 pr. mars	Endring 2017- 2018	Endring 2017- 2021
Akershus universitetssykehus HF	1,66	0,3 %	4,1 %
Oslo universitetssykehus HF	1,29	2,6 %	6,2 %
Sunnaas Sykehus HF	0,92	1,7 %	2,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,82	2,0 %	8,3 %
Sykehuset Innlandet HF	1,77	-0,2 %	5,4 %
Sykehuset Telemark HF	1,64	2,8 %	10,4 %
Sykehuset Østfold HF	1,65	5,4 %	10,4 %
Sørlandet sykehus HF	1,63	1,8 %	6,6 %
Vestre Viken HF	1,86	1,5 %	10,4 %
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	1,55	2,0 %	7,1 %
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen uten Sunnaas og Oslo univ.sykehus	1,73	1,6 %	7,5 %

Tabell 12. ISF- produktivitet

Årlig utvikling i perioden for foretaksgruppen samlet fremgår av figur 1, som også viser utviklingen med og uten Sunnaas sykehus og Oslo universitetssykehus.

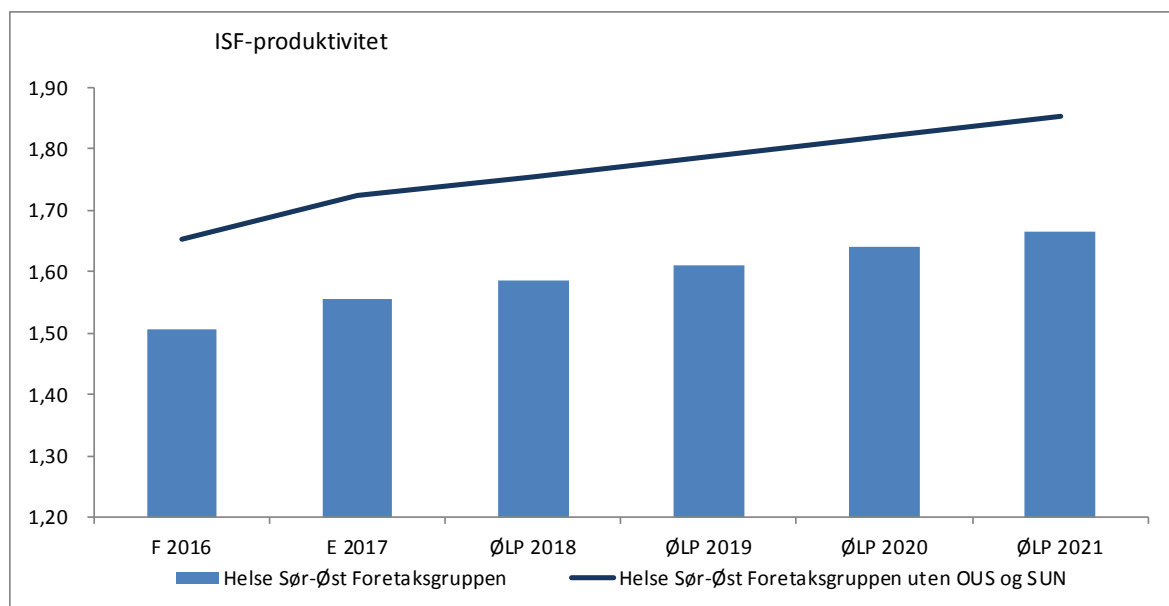


Fig. 1. ISF- produktivitet

Den forutsatte resultatutviklingen i foretaksgruppen krever økt produktivitet. Samlet sett er det således planlagt med en mindre reduksjon i bruk av månedsverk innen somatikken, samtidig som aktiviteten planlegges økt.

Som tabell 12 viser er det Vestre Viken som har den høyeste produktiviteten i foretaksgruppen i 2017. Sammen med Sykehuset Østfold og Sykehuset Telemark planlegger Vestre Viken med den høyeste produktivitetsveksten i perioden. Tallene viser at det pr. 2017 er store forskjeller i ISF-produktivitet mellom helseforetakene i regionen og at denne forskjellen vil vedvare utover i fireårsperioden. Det vil gi betydelige økonomiske gevinster for foretaksgruppen samlet sett dersom de helseforetakene som fremviser den laveste produktivitetsveksten iverksetter tiltak for å øke denne.

2.12 Resultatutvikling

De resultatene helseforetakene har lagt til grunn i sine økonomiske langtidsplaner skal 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 løpende investeringer skal resultatet også forutsetningsvis bidra til egenfinansiering av større investeringsprosjekter i eget helseforetak med regional finansiering. Helseforetakene har i stor grad lagt til grunn forrige økonomiske langtidsplan ved fastsettelse av resultatutvikling frem til 2021. Noe lavere tjenestepreisforutsetninger fra Sykehuspartner har medført mer handlingsrom hos det enkelte helseforetak.

Foretaksgruppens budsjetterte resultat for perioden fremstår som i tabell 13 under.

	Estimat 2017 pr. mars	Økonomiplan			
		2018	2019	2020	2021
Akershus universitetssykehus HF	144	150	170	200	200
Oslo universitetssykehus HF	250	300	615	491	491
Sunnaas Sykehus HF	21	17	17	13	11
Sykehusapotekene HF	38	26	22	24	28
Sykehuspartner HF	-333	-208	-104	134	134
Sykehuset i Vestfold HF	85	120	105	100	0
Sykehuset Innlandet HF	80	100	120	150	180
Sykehuset Telemark HF	-10	30	60	100	100
Sykehuset Østfold HF	-264	-252	-208	-185	-161
Sørlandet sykehus HF	80	80	80	80	80
Vestre Viken HF	265	230	280	300	360
Helse Sør-Øst RHF	260	275	265	240	220
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	616	868	1 422	1 647	1 643

Tabell 13. Resultatutvikling. Tall i mill. 2017- kroner

Resultatet fra driften ved Oslo universitetssykehus er i 2019 350 millioner kroner og de to siste årene 400 millioner kroner. Differansen fra tallene i tabell 13 knytter seg til gevinster ved salg av anleggsmidler.

Negativt resultat for Sykehuspartner i 2017, 2018 og 2019 er et resultat av avtalen med ekstern leverandør om modernisering av IKT- infrastruktur. Økte kostnader som følge av forsert modernisering tillates å generere underskudd i Sykehuspartner i planperioden, jf. omtale bla. i styresak 021-2017 *Økonomisk langtidspan 2018-2021. Planforutsetninger*. Jf. også omtale under punkt 2.9 over.

Store avskrivningskostnader som følge av investeringer (byggetrinn 7) er hovedårsaken til at Sykehuset i Vestfold står med resultat i balanse i 2021.

Vurderingen ut fra tidligere økonomiplaner er 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 2.14.

Et risikomoment er at resultatet per pr. april 2017 tyder på at enkelte helseforetak kan få problemer med å oppnå ønsket resultat i langtidspanperioden dersom utviklingen ikke bedres allerede inneværende år.

I henhold til styresak 021-2017 *Økonomisk Langtidspan 2018-2021. Planforutsetninger*, skal det planmessig legges opp til et årlig overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket. I henhold til tabell 14 legges det nå opp til et høyere overskudd i perioden. Dette skyldes lavere driftskostnader til Digital fornying i Helse Sør-Øst.

2.13 Resultatgrad

Resultatgrad benyttes som mål på kostnadseffektivitet og lønnsomhet, og er forholdet mellom økonomisk resultat og sum driftsinntekter. I budsjettet for 2017 legges det opp til en resultatgrad samlet for hele foretaksgruppen på 0,7% og en resultatgrad for helseforetak med pasientbehandling på 0,9%.

Pr. mars 2017 er tilsvarende tall 0,5 % for foretaksgruppen og 0,4 % for helseforetak med pasientbehandling.

I henhold til vedtatt planforutsetninger for økonomiplan 2018-21, bør det legges opp til en resultatgrad på 2,5 % ved slutten av planperioden.

Figur 2 under viser utviklingen i resultatgrad i henhold til helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan.

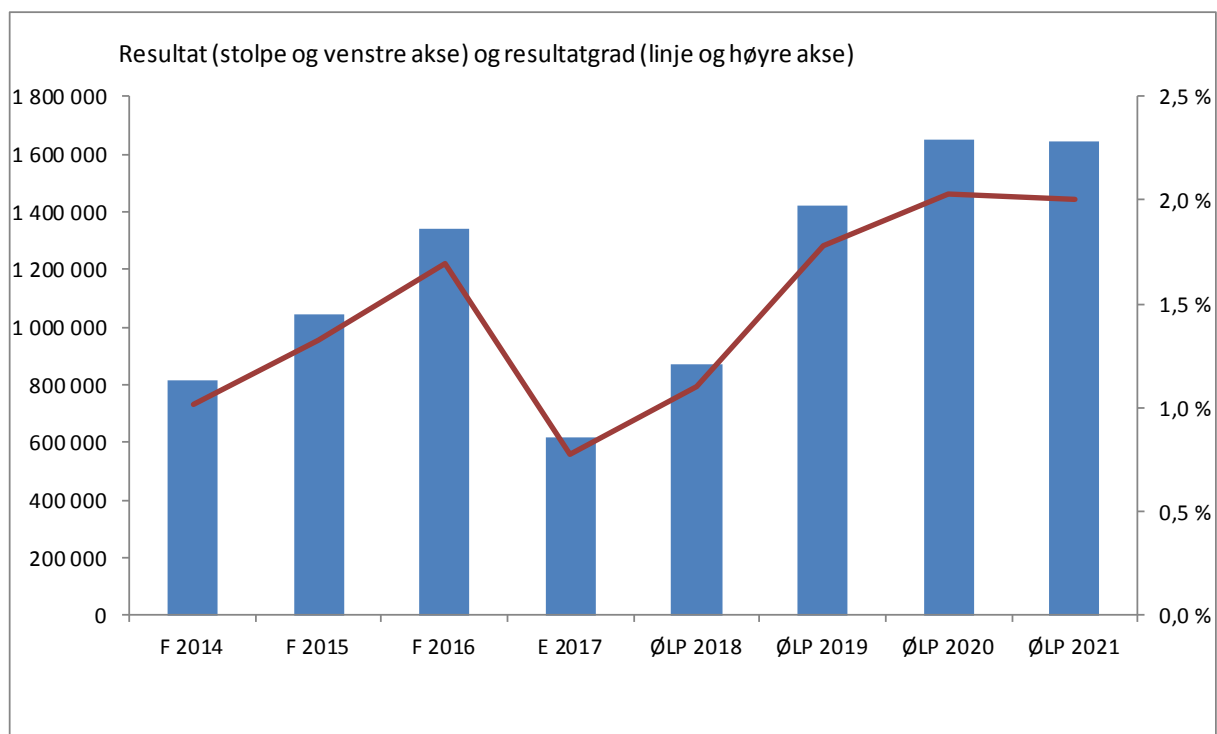


Fig. 2. Resultatgrad

Figur 2 viser resultatgrad for alle helseforetakene, hvor innspillene samlet innebærer en resultatgrad på 2,0% i 2021. Som figuren viser, vil ikke foretaksgruppen samlet sett fremvise den ønskede resultatgraden i løpet av planperioden. Dersom resultatbufferen i Helse Sør-Øst RHF ikke kommer til anvendelse, vil imidlertid resultatgraden øke til 2,7%. Det er betydelige variasjoner i foretaksgruppen. Vestre Viken fremviser eksempelvis en resultatgrad i 2021 på 4,0 %.

2.14 Det regionale helseforetaket

Oppbygging av sentral resultat- og likviditetsbuffer

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 2018 er det som en planforutsetning avsatt 400 millioner kroner i regional resultat- og likviditetsbuffer, økende til 600 millioner kroner ved utgangen av økonomiplanperioden. I tillegg legges det til grunn årlige budsjetterte overskudd i det regionale helseforetaket, jf. tabell 13.

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

Private leverandører og avtalespesialister

Som omtalt i styresak 021-2017 vil det i planperioden gjøres en behovsvurdering og en anskaffelse innen laboratoriefag med virkningsdato 1.1.2019.

Etter en omfattende behovsvurdering innen radiologi ble det i 2015 gjennomført en anskaffelse med avtaler gjeldende til og med 2018 med mulighet til prolongering med et år til 1.1.2020. Helsedirektoratet har endret takstrefusjonene innen radiologi fra og med 2017, noe som kan nødvendiggjøre reforhandlinger og innebære økte utgifter.

Innen kjøp av somatiske helsetjenester er det gjennomført en behovsvurdering og det legges så langt opp til en viss reduksjon i det samlede kjøpet sammenlignet med dagens avtaler.

Innen rehabilitering, psykisk helsevern og TSB er det løpende avtaler og her vil det først og fremst vurderes justeringer som følge av den pågående regionale planprosessen, befolkningsutvikling, behovsendringer og eventuelle avtaleoppsigelser. Når det gjelder behandling av spiseforstyrrelser, er det tidsavgrensede avtaler. Det er planlagt en behovsvurdering og anskaffelse innen spiseforstyrrelser med virkningsdato 01.01.2019. Videre pågår det for tiden en anskaffelsesprosess innen TSB som resultat av at Borgestadklinikken har sagt opp sin løpende avtale med Helse Sør-Øst.

Det forventes 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.

Helse Sør-Øst RHF er i slutfasen i arbeidet med å utarbeide en utviklingsplan for avtalespesialistområdet. I planen ser man på kapasiteten ved helseforetakene opp mot de geografiske variasjonene i forbruket av tjenester hos avtalespesialistene.

På denne bakgrunnen ønsker man å vurdere om det foreligger en uhensiktsmessig variasjon i tjenestene, både når det gjelder de ulike fagområdene og den geografiske tilgangen til avtalespesialister. Ved å se på dette samlet, får man et best mulig utgangspunkt for å vurdere den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten innen de ulike fagområdene, herunder oppfyllelse av de politiske målsettingene om en økning i antallet hjemler.

Omfanget av “Fritt behandlingsvalg” utover i perioden er fortsatt usikkert. Ordningen har så langt begrenset omfang både med hensyn til antall leverandører som har søkt om og har fått godkjenning, og med hensyn til volum i pasientbehandling gjennom ordningen. Det er likevel grunn til å tro at ordningen etter hvert vil få større omfang, blant annet fordi flere tjenester blir innlemmet. Midler til finansiering av denne ordningen er innarbeidet i helseforetakenes inntektsrammer.

Nasjonale felleseide selskaper

De felleseide selskapene har utarbeidet innspill til økonomisk langtidsplan for perioden 2018 – 2021 som grunnlag for de regionale helseforetakenes arbeid med sine økonomiske langtidsplaner. Innspillene vil bli behandlet av de regionale helseforetakene i fellesskap. Det vil bli tatt utgangspunkt i budsjettnivå for 2017 og eventuelle økninger vil måtte begrunnes og vedtas særskilt.

Under følger et kort sammendrag av disse innspillene.

- ***Nasjonal IKT***

Nasjonal IKT har lagt til grunn en inntekt gjennom hele planperioden på nivå med budsjett for 2017. De har utfordringer med ressurstilgang og forutsigbarhet knyttet til prosjektene. Virksomheten kan benytte prosjektporteføljen for justeringer, dersom utforutsette forhold inntreffer. Det er lagt opp til et resultat i balanse og et uendret kostnadsnivå i perioden 2018-2021.

- ***Luftambulansetjenesten***

Luftambulansetjenesten er i ferd med å inngå nye flyavtaler. Videre er det nylig inngått nye helikopteravtaler. Kostnadsøkningen i planperioden er i all hovedsak knyttet til de nye avtalene. Lønnskostnadene er på samme nivå i hele planperioden.

- ***Pasientreiser***

Pasientreiser HF legger opp til en reduksjon i samlede driftskostnader på 6 % fra 2017-nivået. Økt digitalisering og færre manuelle prosesser bidrar til dette. Beparelsene som oppstår kommer helseforetakene til gode. Forutsetningen for kostnadsreduksjonen er vellykket innføring av nye/oppgraderte IKT-løsninger.

- ***Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO)***

Utbygging og innføring av nødnett ferdigstilles i 2017. Kostnader og bidrag fra regionene er stabile i planperioden. Eierskap og forvaltning av brukerstyr er overført til HDO, og det er tatt høyde for dette i forslaget til økonomisk langtidsplan. Det samme gjelder videreutvikling av funksjonalitet i programvaren til kontrollromløsningen som tidligere ble finansiert av Direktoratet for nødkommunikasjon. Det legges opp til investeringer knyttet til reanskaffelser gjennom hele planperioden.

- **Sykehusinnkjøp**

Sykehusinnkjøp skal gjennomføre et omstillingsarbeid fra 2018, og virksomheten presiserer at dette foreliggende plandokument er å anse som foreløpig. Sykehusinnkjøp foreslår en økning i antall stillinger fra 2018 som en følge av økt etterspørsel etter innkjøpsbistand og økt behov for avtalehåndtering. Ansatte som virksomhetsoverdras fra helseforetakene i Helse Sør-Øst i mai 2017 er ikke innarbeidet i innspillet fra Sykehusinnkjøp og er foreløpig innarbeidet i rammen til de respektive helseforetakene. Sammen med de øvrige eierne arbeides det med en finansieringsmodell for Sykehusinnkjøp og dette vil kunne påvirke både Helse Sør-Øst sin andel av finansieringen og dermed beløpene i planperioden.

- **Sykehusbygg**

Det er lagt til grunn en vekst i bemanningen i planperioden. Denne er beregnet med utgangspunkt i planlagte investeringer i bygg i regionene. Virksomheten har i liten grad prosjektledelse for de sykehusprosjektene som er under bygging i 2017, men dette vil endre seg gjennom planperioden. Foretaket presiserer at de vil bygge sin kapasitet i henhold til helseforetakenes behov. Finansieringsmodellen for Sykehusbygg skal gjennomgås i løpet av 2017.

Samlet andel for Helse Sør-Øst RHF basert på innspillene fra de nasjonale, felleseide selskapene i perioden, i 1000 faste 2017- kroner, fremgår av tabell 14 :

	Budsjett 2017	Økonomisk langtidsplan - innspill fra selskapene				Endring 2017-18 i kroner	Endring 2017-21 i %
		2018	2019	2020	2021		
Nasjonal IKT HF	46 011	48 431	48 431	48 431	48 431	2 420	5,3 %
Luftambulansetjenesten HF	198 611	218 811	256 154	278 805	278 681	20 200	40,3 %
Pasientreiser HF	65 996	66 844	64 937	63 212	63 306	848	-4,1 %
HDO HF	45 216	46 118	46 351	46 917	48 264	902	6,7 %
Sykehusinnkjøp HF	40 000	55 183	55 183	55 183	55 183	15 183	38,0 %
Sykehusbygg HF	24 560	23 496	23 496	23 496	23 496	-1 064	-4,3 %
I alt	420 394	458 883	494 552	516 044	517 361	38 489	23,1 %

Tabell 14. Nasjonalt felles eide selskaper. Tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF- innspill fra selskapene

Norsk pasientskadeerstatning, NPE

Premieinnbetaling til Norsk pasientskadeerstatning er forventet å øke med om lag 10 millioner kroner hvert år i perioden, dvs. fra omlag 500 millioner kroner i 2018 til om lag 530 millioner kroner i 2021.

2.15 Investeringer og økonomisk bæreevne

Investeringer med regional finansiering omfatter 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 prosjekteiers forventede prosjektramme (P85). I utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2018-2021 er det for byggeprosjekter over 500 millioner kroner benyttet forutsatt investeringsbeløp på P50 og en låneandel fra Helse- og omsorgsdepartementet på 70 % av dette. Lån bevilges i de årlige statsbudsjettene.

I 2015 åpnet Helse -og omsorgsdepartementet for at finansiell leasing kunne benyttes som ekstern finansieringskilde. Flere helseforetak har inngått avtaler om finansiell leasing og flere foretak legger til grunn å benytte finansiell leasing i økonomisk langtidsplan 2018-2021, blant annet for å finansiere investeringer innen MTU, IKT og utskiftning 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.

Gjennomføring av planlagte investeringsprosjekter må planlegges innenfor foretaksgruppens økonomiske handlingsrom som følger av økonomisk langtidsplan 2018-2021. Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har i 2017 om lag 3,7 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 årlig andel av helseforetakenes frie likviditet, og dette disponeres til finansiering av felles prioriterte prosjekter og avdrag på lån til Helse- og omsorgsdepartementet.

2.16 Kriterier for prioritering av store investeringsprosjekter

Det økonomiske handlingsrommet setter rammene for hvor mange investeringsprosjekter som kan gjennomføres og tidspunkt for gjennomføringen. 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.

2.17 Felles prioriterte investeringsprosjekter for økonomisk langtidsplan 2018-2021

- **Prioriteringer for økonomisk langtidsplan 2018-2021:**

I økonomisk langtidsplan 2018-2021 foreslår administrerende direktør å videreføre igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing, jfr. styresak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020*:

- Oslo universitetssykehus: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus: Ombygging og lukking av myndighetspålegg, jfr. styresak 045-2015
- Sykehuset i Vestfold: Tønsbergprosjektet, jfr. styresak 044-2014
- Vestre Viken: Nytt sykehus i Drammen, jfr. styresakene 054-2016 og 006-2017
- Sørlandet sykehus: Nytt psykiatribygg, jfr. styresak 055-2016
- Oslo universitetssykehus: Ny regional sikkerhetsavdeling, jfr. styresaksakene 053-2016 og 070-2017017
- Oslo universitetssykehus: Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, jfr. styresakene 053-2016 og 071-2017
- Sykehuspartner: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst, jfr. styresak 069-2016. Her kommer det endringer som følge av behov for replanlegging, jfr. styresak 058-2017
- Digital Fornyng: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet

I henhold til styrets vedtak i styresak 030-2016 *Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienter 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. Økonomisk langtidsplan tar høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi.

I styresak 053-2016 ble det godkjent en trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus HF, og det ble tatt høyde for dette i økonomisk langtidsplan 2017-2020, jfr. styresak 051-2016. Det er i økonomisk langtidsplan for 2018-2021 tatt høyde for at det kan bli oppstart av første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad i parallell.

De regionale helseforetakene fikk i desember 2015 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Utredningen av to alternativer er gjennomført. Det fremgår av foretaksprotokoll for Helse Sør-Øst RHF av 10. januar 2017 at utbyggingen av protonbehandling er planlagt finansiert med 70 pst. lån og 30 pst. investeringstilskudd. Det er ikke besluttet hvor protonseneteret skal lokaliseres, men det er som en planforutsetning tatt høyde for utbygging av protonseneter i økonomisk langtidsplan 2018-2021. I tillegg til rammebetingelsene knyttet til finansiering av oppføring av protonseneteret er det forutsatt at drifts- og kapitalkostnader blir finansiert fra eier.

Det er økonomisk handlingsrom for oppstart av et byggeprosjekt i Skien ved utgangen av denne økonomiplanperioden og dette er foreløpig lagt som en forutsetning.

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

Det vises til avsnitt 2.23 for omtale av de enkelte byggeprosjektene.

- ***Handlingsrom for nye prosjekter etter utløpet av økonomisk langtidsplan 2018-2021:***

- ***Sykehuset Innlandet***

Sykehuset Innlandet ferdigstilte arbeidet med idéfaserapport for fremtidig sykehusstruktur i november 2016. Høringsinstanser hadde høringsfrist 12. mai 2017 og styret i Sykehuset Innlandet skal behandle høringsuttalelsene 16. juni 2017. Styret i Helse Sør-Øst RHF la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

- ***Sunnaas sykehus***

Sunnaas Sykehus har utarbeidet idéfaserapport knyttet til byggetrinn 3. Helse Sør-Øst RHF har arbeidet med regionale faglige føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Det er ikke godkjent oppstart av konseptfase for byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus i påvente av lokale og den regionale utviklingsplanen, med tanke på eventuelle endringer det kan medføre for kapasitetsbehov og dermed investeringsprosjektet. Det er i økonomisk langtidsplan 2018-2021 tatt høyde for at det kan komme investeringer knyttet til byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus etter utløpet av langtidsplanen.

- ***Akershus universitetssykehus***

Helseforetaket har arbeidet med planer for sykehuspsykiatri trinn 1 på Nordbyhagen. Arbeidet må sees i sammenheng med godkjenning av foreliggende utkast til lokal utviklingsplan og det pågående utviklingsarbeidet for Oslo universitetssykehus hvor Akershus universitetssykehus i dag leier lokaler for deler av sin sykehuspsykiatri. Det er tatt høyde for et fremtidig behov knyttet til trinn 1 av sykehuspsykiatrien på Nordbyhagen etter utløpet av langtidsplanen. Det legges til grunn at både leie og oppføring i egen regi vil bli vurdert.

- ***Spesielt om IKT i store byggeprosjekter***

IKT- behov knyttet til de byggeprosjektene som søkes lånefinansiert inngår 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 Digital fornying 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.

2.18 Investeringsnivå i økonomisk langtidsplan

Figur 3 under viser samlet investeringsnivå som foreslås prioritert og innarbeidet i perioden fram til 2026 fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk teknisk utstyr og andre investeringer.

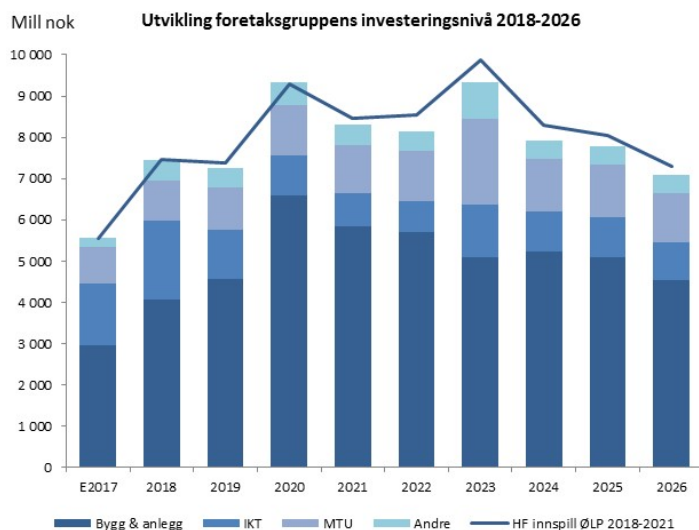


Fig. 3. Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen fordelt på investeringskategori

Det legges opp til et investeringsnivå for langtidsperioden som er høyere enn estimatet for 2017 og med særskilt høye investeringsnivåer i 2020 og 2023. Det er en betydelig vekst i investeringer i bygg og anlegg som skyldes at det er innarbeidet flere store regionalt prioriterte byggeprosjekter med oppstart i perioden 2018-2021. 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 2021, er derfor forbundet med usikkerhet. Det er godkjent konseptfase med ekstern kvalitetssikring som ligger til grunn for en eventuell lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 4 på neste side 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.

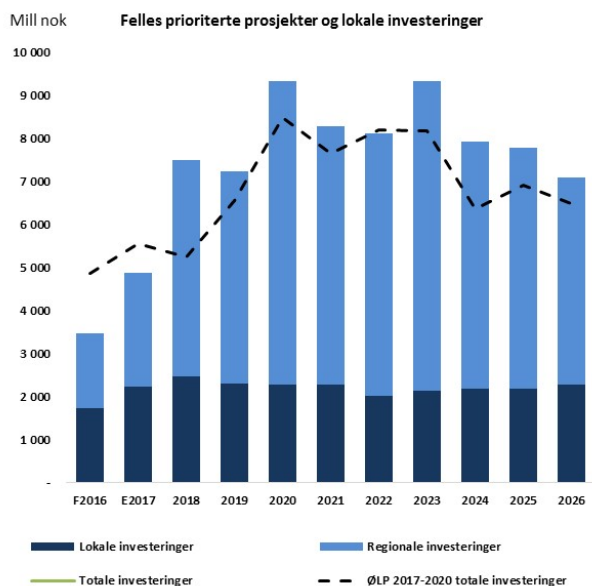


Fig. 4. Utvikling i felles prioriterte prosjekter og lokale investeringer, samt totalt investeringsnivå fra økonomisk langtidspan 2017-2020 (jf. styresak 061-2016 om IKT infrastrukturmodernisering)

Figur 4 viser videre at investeringsnivået i økonomisk langtidspan 2018-2021 er høyere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidspan 2017-2020 (jfr. styresak 061-2016 hvor infrastrukturmodernisering med ekstern leverandør var innarbeidet). Økningen er i hovedsak knyttet til de regionale prioriterte prosjektene som er innarbeidet i økonomisk langtidspan 2018-2021. Det fremgår av figur 4 at det er et relativt stabilt nivå på investeringer som finansieres av det enkelte helseforetak (lokale investeringer) i perioden 2018-2026.

Det fremgår av styresak 021-2017 at helseforetakene skal bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater ved finansiering av regionalt prioriterte prosjekter i eget helseforetak. Flere helseforetak har innarbeidet slik egenfinansiering i sine innspill til økonomiske langtidspaner 2018-2021. For å sikre økonomisk handlingsrom til de regionalt prioriterte investeringsprosjektene er det viktig at helseforetakene klarer å realisere planene som sikrer tilstrekkelig egenfinansiering. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette kravet i forbindelse med de enkelte investeringsbeslutningene.

2.19 Digital Fornyng

Regionens oppdaterte IKT¹-strategi ble vedtatt av styret i desember 2015, jf. styresak 086-2015. Hovedretningen for strategien ligger i å regionalisere et utvalg kliniske og virksomhetsrettete løsninger sammen med å bygge en robust IKT-infrastruktur som løsningene kan driftes på. De strategiske programmene under Digital fornyng utgjør hovedsatsningen innen fornyng og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst. Når denne satsningen er gjennomført, 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.

Nødvendige pågående og planlagte prosjekter innenfor Digital fornyng inkludert regional forvaltning viser et samlet kostnadsnivå på omtrent 800 millioner kroner årlig frem mot 2025. Administrerende direktør tar sikte på å gjennomgå porteføljen for Digital fornyng med tanke på omfang, dvs. å redusere risiko og kompleksitet i gjennomføringen.

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.

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, leverer kostnadseffektive tjenester og bidrar til økonomisk bærekraftig utvikling av IKT-området.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt å inngå en langsiktig avtale for gjennomføring av IKT-infrastrukturmodernisering. Kontrakten omfatter overføring av driftsansvaret inklusive virksomhetsoverdragelse, samt en avtalesfestet modernisering over en treårsperiode. Det vises i denne sammenheng til de innledende merknader i punkt 1 knyttet til IKT- infrastruktur og avtale med ekstern leverandør, samt til styresak 058-2017 som innebærer at det skal foretas en replanlegging av hele infrastrukturmoderniseringsarbeidet.

2.20 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 medisinsk teknisk utstyr oppgis av helseforetakene å være 8,8 år ved årsskiftet 2016/2017 for regionen sett under ett, jmfør tabell 15 under:

Snittalder medisinsk teknisk utstyr	2016	2017
Akershus universitetssykehus HF	7,1	7,2
Oslo universitetssykehus HF	11,1	10,6
Sørlandet sykehus HF	8,4	7,9
Sykehuset i Vestfold HF	9,2	9,3
Sykehuset Telemark HF	8,7	8,9
Sunnaas sykehus HF	6,4	5,8
Sykehuset Innlandet HF	9,8	9,9
Sykehuset Østfold HF	2,0	2,5
Vestre Viken HF	8,0	7,3
Vektet gjennomsnitt HSØ	9,2 år	8,8 år

Tabell 15. Aldersfordeling MTU

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

Investeringer i medisinskteknisk utstyr har i perioden fra 2002 økt fra rundt 500 millioner kroner til et årlig nivå ved slutten av økonomiplanperioden på om lag en 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 2018-2021 viser at foretakene planlegger med et investeringsnivå på om lag 4 milliarder kroner samlet i perioden. Dette er om lag på nivå med forrige økonomisk langtidsplan. Det er Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus som planlegger med økte MTU-investeringer.

Helseforetakene planlegger å gjennomføre tilstrekkelig investeringer til å redusere gjennomsnittsalderen på MTU i regionen til omlag 8 år i 2021, jf. figur 5.

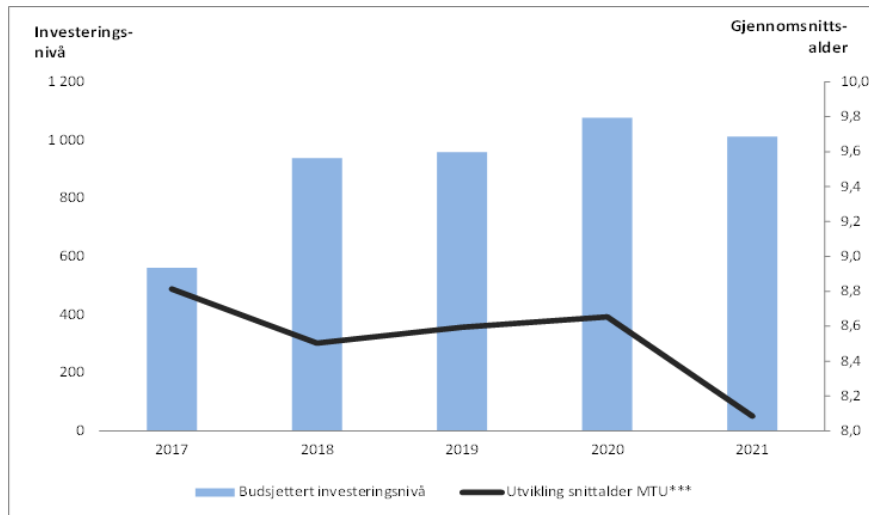


Fig. 5. Investering og levealder MTU

Foretakene melder om at MTU prioriteres i investeringsplanene, men at det er utfordrende å senke gjennomsnittsalderen på det medisinske tekniske 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 medisinsk teknisk 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, drifter Oslo universitetssykehus 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 og arbeide med langsiktige mål og handlingsplaner nedfelt i kategoristrategi.

2.21 Bygningsmessig vedlikehold

Helseforetakene er pålagt å lage en plan over hvilke bygg som er prioritert for bygningsmessig vedlikehold og hvilken tilstandsgrad som er ønsket for å drive forsvarlig. Helseforetakene har gjennom flere år hatt pålegg gjennom foretaksmøter om å drive forsvarlig vedlikehold av sine primærbygg.

Dette kommer til uttrykk gjennom eiendomsstrategien som ble vedtatt i 2011;

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

Helseforetakene har også vært pålagt å registrere kostnader i henhold til standard for livssyklus-kostnader, NS 3454, ref. oppdrag og bestilling for 2012;

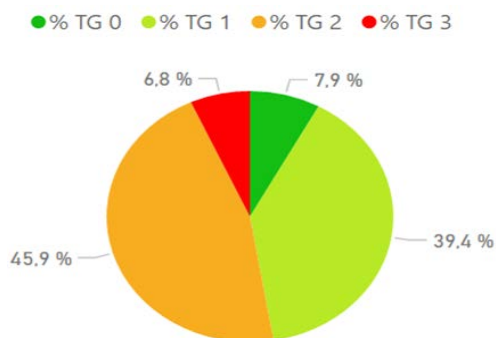
Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt utvikling og service skal registreres i tråd med NS3454, og rapporteres periodisk til RHF. Kostnadsnivå for 2010 etableres i henhold til denne standarden, og vil danne basis for årlige endringsmålinger.

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.

Tilgjengelig statistikk for årene 2010-2014 viser en positiv utvikling ved at helseforetakene i større grad prioriterte midler til vedlikehold, men at beløpet fortsatt i gjennomsnitt lå under 100 kr pr kvm. De fleste foretak har fortsatt mye areal registrert med tilstandsgrad 3 og svært mye i tilstandsgrad 2. Det er derfor fortsatt behov for å planlegge med og bruke ekstraordinært med midler, for å tilfredsstille målsettingen i eiendomsstrategien. I premissene for økonomisk langtidsplan 2018-2021 heter det at helseforetakene bør budsjettere med 250 kroner pr kvadratmeter i vedlikehold (ekskl. mva). Dette er normtall i henhold til anbefaling fra bransjen, og skal være tilstrekkelig dersom byggene har en tilfredsstillende teknisk tilstand i utgangspunktet (tilstandsgrad 1 eller bedre). I innspill til økonomisk langtidsplan har foretakene budsjettert et samlet beløp som dekker mer enn vedlikehold og utskiftinger. Det inkluderer også funksjonelle utviklingskostnader, reparasjon av skader og utvendig arbeider.

En oppsplitting av kostnadene for å få sammenlignbare tall viser at helseforetakene har budsjettert med 165 kroner pr kvm (foreløpig tall, ekskl. Oslo universitetssykehus) i gjennomsnitt for ordinært vedlikehold. De to siste gjennomgangene av tilstandsgraden av eiendommene (siste i 2016) viser en marginal bedring i tilstanden, slik at det fortsatt må brukes midler til ekstraordinært vedlikehold. Over en fem års periode er dette beregnet sjablongmessig til å utgjøre i underkant av ti milliarder kroner, utover ordinært vedlikehold på 250 kroner pr kvm (Multimap tall). I praksis vil dette tallet være lavere, da dette ikke tar hensyn til prioriteringer av arealbruk eller utfasing av arealer. Foretaksgruppens planer for investeringer i nybygg vil bidra til å redusere behovet for ekstraordinært vedlikehold.

En oppdatert registrering av tilstandsgraden for hele bygningsmassen i Helse Sør-Øst i databasen Multimap, viser en utvikling av tilstanden som vist i figur 6 under.



Avrunding av samlet vektet teknisk tilstand (VTTG)

TG 0: 0-0,75	Meget god teknisk stand
TG 1: 0,75-1,5	God/tilfredsstillende stand
TG 2: 1,5-2,25	Utilfredsstillende stand
TG 3: 2,25-3,0	Dårlig/ meget dårlig tilstand

Fig. 6. Tilstandsgrader bygg

2.22 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 7 under illustrerer foretaksgruppens planlagte resultatutvikling og utvikling i tilgjengelig likviditetsbeholdning slik det ligger til grunn i økonomisk langtidsplan 2018-2021.

Foretaksgruppens tilgjengelige likviditetsbeholdning inkluderer ledig trekk på Helse Sør-Østs kassekreditsramme.

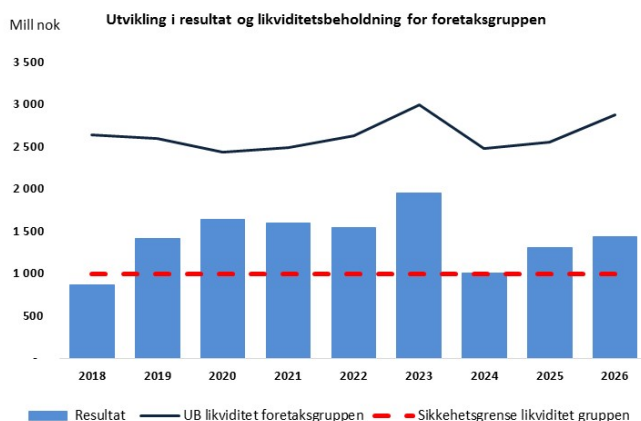


Fig. 7. Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2018-2026

Resultatutviklingen i langtidsperioden avviker fra noe summen av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2018-2021, jf. punkt 2.12. Dette skyldes hovedsakelig at investeringsnivået for foretaksgruppen er tilpasset til det økonomiske handlingsrommet og dermed justert i forhold til 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 2018-2021 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 7 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 2018-2021***

Det er generelt stor risiko og usikkerhet knyttet til forutsetninger i økonomisk langtidsplanlegging. For økonomisk langtidsplan 2018-2021 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, herunder IKT-prosjekter inkludert infrastrukturmoderniseringen

For å hensynta risiko og usikkerhet i forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2018-2021, er det lagt opp til oppbygging av sentrale resultat- og likviditetsbuffer i Helse Sør-Øst RHF som tidligere omtalt.

Det er også innarbeidet 200 millioner kroner i investeringsbuffer per år i perioden 2018-2021 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 2018-2021.

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.

2.23 Nærmere om de regionale investeringsprosjektene

Under gis en kort statusomtale for pågående prosjekter og prosjekter/ investeringsplaner i tidligfase i foretaksgruppen

- ***Akershus universitetssykehus***

Nybygg for sykehuspsykiatrien er ikke behandlet siste år og sees nå i sammenheng med utviklingsplanarbeidet for Helse Sør-Øst og Akershus universitetssykehus.

- ***Oslo universitetssykehus HF***

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i styresak 053-2016 sin tilslutning til et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF, med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet, jf. omtale tidligere i saken

I tillegg til ordinære løpende investeringer i foretaket er det etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innenfor brann og arbeidsmiljø som det er gitt lånemidler til i statsbudsjettet for 2016, med et totalt tilsagn på 1,3 millioner kroner i lån. Arbeidet er igangsatt og er planlagt ferdigstilt i 2019.

- ***Sykehuset i Vestfold***

Forprosjektet for Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent 2. februar 2017, jfr. styresak 009-2017. Prosjektet er kostnadsberegnet til ca. 2,535 milliarder kroner i 2014-kroner og er planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2021.

- ***Sykehuset Innlandet***

Sykehuset Innlandet har ferdigstilt og styrebehandlet idéfaserapporten for struktur og nybygging, og skal behandle denne endelig høsten 2017 etter en høringsrunde.

- **Sykehuset Telemark**

Helse Sør-Øst RHF ga i styresak 099-2016 klarsignal for oppstart av idéfase for nytt somatikkbygg Skien. Denne idéfasen er planlagt gjennomført i løpet av 2017.

- **Sørlandet sykehus**

Konseptrapporten for nybygg for psykisk helse i Kristiansand ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2016, jfr. styresak 055-2016, med en kostnadsramme på 780 millioner kroner. Prosjekteieransvaret er overført til Helse Sør Øst RHF og forprosjektet ble startet opp etter at lånetilsagn ble gitt i statsbudsjettet for 2017.

- **Vestre Viken**

Konseptrapporten for nytt sykehus i Drammen er styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF, jf. styresak 054-2016. Da prosjektet ikke var innenfor forutsatt kostnadsramme, ble det iverksatt en revidering av konseptet for å tilpasse det til en kostnadsramme på 8,2 milliarder kroner, eksklusive erverv av tomt.

Denne prosessen ble ferdigstilt i 2016 med måloppnåelse, og status ble forelagt styret i Helse Sør-Øst RHF 2. februar 2017, jf. styresak 006-2017. Prosjektet videreføres når forprosjektet er godkjent i Helse Sør-Øst RHF og tomteerverv er fullført.

I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2017 er det foreslått at det bevilges 70 millioner kroner i lån i 2017 og en samlet låneramme på 8 460 millioner kroner i 2017- kroner til nytt sykehus i Drammen, tilsvarende 70 pst. av estimert kostnadsramme. Lånet skal utbetales i perioden 2017-2024.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Økonomisk langtidsplan er etablert som et sentralt og nyttig virkemiddel i helseforetakenes planprosesser knyttet til driftsmessige forutsetninger for å kunne planlegge for en resultatutvikling som gir rom for investeringsmuligheter.

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 IKT-utviklingen.

Årlig rullering av den regionale økonomiske langtidsplanen gir kontinuitet i de økonomiske planprosessene i foretaksgruppen og er en viktig premiss inn mot de årlige budsjettprosessene.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har helseforetakene lagt til grunn et positivt utviklingsbilde knyttet til produktivitet og resultat, i første rekke basert på betydelig nedbemanning og dermed lavere lønnskostnader. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2018 til 2021 er i større grad enn tidligere preget en realistisk tilnærming, med moderat aktivitetsvekst og svak nedbemanning, som til sammen innebærer en produktivitetsvekst som er i tråd med historisk utvikling.

Innspillene fra helseforetakene viser imidlertid at det fortsatt er store forskjeller 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 knyttet til aktivitet, prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet.

Også i kommende økonomiplanperiode fremheves utviklingen i tjenestepriser fra Sykehuspartner HF og kostnader til legemidler som risikofaktorer i forhold til å nå resultatmålene i perioden. Det er videre bekymringsfullt at årsprognosen hittil i 2017 indikerer betydelige utfordringer med å innfri helseforetakenes resultatkrav for 2017. Det er derfor viktig at helseforetakene iverksetter risikoreduserende tiltak slik at resultatet for 2017 blir i samsvar med de vedtatte budsjetter. Dette vil også være avgjørende for det økonomiske handlingsrommet utover i neste økonomiplanperiode.

Myndighetenes krav om større vekst i ressursbruk og aktivitet innen tjenesteområdene psykisk helsevern og TSB enn innenfor somatikk er gitt som en klar premiss fra styret for helseforetakenes aktivitetsbudsjettering. Administrerende direktørs vurdering er at dette kravet ikke fullt ut er innfridd det enkelte år i økonomiplanperioden, slik helseforetakenes økonomiske langtidsplaner er vedtatt og presentert i denne saken. Inn mot budsjett 2018, vil dette imidlertid bli fulgt opp for å sikre at krav i statsbudsjettet for 2018 vil bli ivaretatt, både med hensyn på generell aktivitetsvekst og prioritering. Tilsvarende vil bli gjort de øvrige år i perioden.

For å møte kapasitetsutfordringen i hovedstadsområdet, legges det opp til store strukturelle endringer i løpet av kommende økonomiplanperiode, både i form av endring i opptaksområder og funksjonsfordeling mellom sykehus. Disse forholdene er ikke tatt hensyn til i økonomisk langtidsplan 2018-21, og dette utgjør dermed en usikkerhetsfaktor i planleggingen for de helseforetakene og sykehusene som berøres.

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 protonsentersenter.

Analyser viser at foretaksgruppen har økonomisk handlingsrom for å planlegge for de felles prioriterte investeringsprosjektene som er omtalt i saken.

Styret gjøres oppmerksom på at denne saken er utarbeidet på grunnlag av planforutsetninger etablert i mars i styresak 021-2017, før det ble vedtatt behov for replanlegging knyttet til behovet for IKT- infrastrukturmodernisering, jfr. styresak 058-2017.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen