

Sak 022-2018
Økonomisk langtidsplan 2019-2022
Planforutsetninger

Vedlegg

1. Det strategiske grunnlaget for økonomisk bæreevne

Det strategiske grunnlaget for arbeidet med økonomisk langtidsplan fremgår av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*, samt de overordnede målene som gjelder for perioden 2018-2021.

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

Følgende strategier er valgt i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* for å nå målet om bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom:

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

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

Alle helseforetakene utarbeider egne økonomiske langtidsplaner på grunnlag av forutsetninger som styret i Helse Sør-Øst RHF gir gjennom denne saken. Helseforetakenes planer vil være innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen. Det er et krav at disse planene behandles i helseforetaksstyrene, noe som innebærer en formalisert forankring av de vurderinger som gjøres i det enkelte helseforetak.

Det er lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være førende for planperioden, med størst binding mot utarbeidelse av årsbudsjett 2019.

Økonomisk langtidsplan 2019-2022 vil bli forelagt styret 14. juni 2018.

Det vises i denne sammenheng til sak 009-2018 *Utarbeidelse av regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst*, behandlet i styret 1. februar 2018.

Mål og strategier som vil følge av Regional utviklingsplan 2035 er ikke hensyntatt i denne saken. Dette vil en eventuelt komme tilbake til i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2020-2023.

2. Mål for perioden 2018-2021

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 framgår det at de regionale helseforetakene i 2018 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Det legges til grunn at disse målene også vil være førende for økonomiplanperioden 2019-2022.

I sak 021-2017 *Økonomisk langtidsplan 2018-2021*. *Planforutsetninger* vedtok styret følgende mål for perioden 2018-2021:

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

- 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 uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet.

Følgende nye dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*
- *Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017.*
- *Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*
- *Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata*
- *Nasjonal hjernebelsestrategi (2018-2024)*
- *Nasjonal diabetesplan (2017-2021)*

3. Det generelle utfordringsbildet i foretaksgruppen

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

Befolkningsutvikling

Helse Sør-Øst vil i 2019 ha spesialisthelsetjenesteansvaret til over tre millioner innbyggere.

Tabell 1 under gir befolkningsframskriving per sykehusområde for årene 2019 til 2022:

Sykehusområde	2019	2020	2021	2022	2019-2022	2019-2022
Akershus	577 245	585 142	592 768	600 302	23 057	4,0 %
Innlandet	341 460	343 128	344 811	346 542	5 082	1,5 %
Oslo	587 564	595 362	602 505	609 580	22 016	3,7 %
Sørlandet	311 252	314 633	317 956	321 304	10 052	3,2 %
Telemark - Vestfold	412 369	415 157	417 914	420 738	8 370	2,0 %
Vestre Viken	500 678	505 436	510 076	514 753	14 075	2,8 %
Østfold	317 816	320 963	324 021	327 082	9 267	2,9 %
Sum	3 048 382	3 079 820	3 110 049	3 140 300	91 918	3,0 %

Tabell 1. Befolkningsframskriving pr. sykehusområde. Kilde: SSB

Samlet sett forventes befolkningen i Helse Sør-Øst å øke med 3,0 % i perioden 2019-2022.

Som det fremgår av tabellen forventes ulik vekst i sykehusområdene, med størst vekst i Akershus og Oslo sykehusområder og lavest vekst i Innlandet sykehusområde.

Sykehusområdene har ulik befolkningssammensetning. Innlandet sykehusområde har størst andel innbyggere over 80 år. Med unntak av Oslo sykehusområde, vil denne andelen øke for alle sykehusområder i fireårsperioden. Oslo og Akershus sykehusområder har færrest andel eldre over 80 år, jf. tabell 2 på neste side.

Sykehusområde	Befolkning i alt		Andel over 80 år	
	2019	2022	2019	2022
Akershus	577 245	600 302	3,7 %	3,9 %
Innlandet	341 460	346 542	5,4 %	5,6 %
Oslo	587 564	609 580	3,0 %	3,0 %
Sørlandet	311 252	321 304	4,1 %	4,3 %
Telemark - Vestfold	412 369	420 738	5,0 %	5,1 %
Vestre Viken	500 678	514 753	4,8 %	5,0 %
Østfold	317 816	327 082	4,4 %	4,5 %
Sum	3 048 382	3 140 300	4,5 %	4,6 %

Tabell 2. Andel over 80 år. Kilde SSB

Utslagene av en aldrende befolkning blir mest synlig fra 2020, men et slikt utviklingsbilde krever at spesialisthelsetjenesten forbereder seg. Det må i planperioden tas høyde for at antallet eldre som lever med kreft, kroniske sykdommer og livsstilssykdommer øker jevnt. Det vises til omtale av medisinske og helsefaglige prioriteringer senere i dokumentet.

Fortsatt en krevende ressursituasjon

Det forventes fortsatt krav til økt effektivisering av spesialisthelsetjenesten, bl.a. gjennom videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen i de årlige statsbudsjettene. Samlet sett forventes det ikke realvekst i ressurstilgangen til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for økte kostnader som følge av aktivitetsvekst.

Vekst i aktivitet er dels begrunnet i endring i befolkningens størrelse og sammensetning, dels begrunnet i medisinsk utvikling inklusive ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder/legemidler, ny teknologi og krav og forventning om kortere ventetid.

I årene fremover vil det også være behov for økt innsats innen forskning og utvikling, samt et behov for økte investeringer i IKT- løsninger, bygg, vedlikehold og medisinskteknisk utstyr. Når det innenfor de gitte rammene skal genereres positive resultater for å skape handlingsrom for investeringer, betinger dette i sum mer effektiv bruk av ressursene.

I tidligere økonomiplaner har styret lagt opp til at foretaksgruppens resultat minst bør utgjøre 2,5 % av samlede inntekter (resultatgrad), for å styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Innmeldte økonomiplaner fra helseforetakene for perioden 2018-2021 viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder beregnet resultatgrad mot slutten av forrige økonomiplanperiode, dvs. for 2021, men i gjennomsnitt ble det lagt opp til en resultatgrad på 2,0 % i 2021. Dette representerer en liten fremgang fra økonomiplan 2017-2020, hvor det ble lagt opp til en resultatgrad for foretaksgruppen i 2020 på 1,8 %. Foreløpige tall for 2017 tilsier en resultatgrad for foretaksgruppen samlet på 1,3 %. Dette tilsier at det fortsatt bør legges til grunn et mål om 2,5 % resultatgrad samlet for foretaksgruppen mot slutten av planperioden 2019-2022.

Som en oppfølging av Kvinnslandrapporten, NOU 2016:25, tas det i Prop1 S (2017-2018) til orde for å revidere den nasjonale inntektsmodellen, dvs. å gjennomgå de fordelingsprinsipper som fordeler inntekter mellom regionene. Dette vil eventuelt kunne gi omfordelinger mellom regionene mot slutten av kommende økonomiplanperiode.

4. Strukturendringer og kapasitetstilpasninger i perioden

Helse Sør-Øst RHF foretar løpende analyser av kapasitet og behov for å sikre at befolkningen i regionen til enhver tid har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester.

I planperioden skal følgende strukturelle endringer i opptaksområder innarbeides:

- Spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF 2. mai 2018.
- Kongsvinger sykehus med opptaksområde overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF fra 1. januar 2019.

Omfordelinger i inntektsrammer som følge av disse endringene er innarbeidet i planleggingsrammene for perioden for de respektive helseforetak.

Videre vil det fortsatt arbeides med organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo og Akershus sykehusområder, herunder med nødvendige endringer i oppgavedeling mellom sykehusene:

- Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus må utvikles videre som lokalsykehus med høyere egendekning. Dette med formål å avlaste Oslo universitetssykehus HF, men også for å utvikle et mer helhetlig og bedre tjenestetilbud til befolkningen i egne opptaksområder.

Vurderinger og konklusjoner i dette arbeidet vil gjøres som del av arbeidet med regional utviklingsplan.

Inntektsmessig er det ikke tatt hensyn til endringer i de økonomiske planforutsetningene for denne økonomiplanperioden.

5. Pasientbehandling

5.1 Aktivitetsforutsetninger

For å bidra til mål om likeverdige helsetjenester skal helseforetakene på grunnlag av endringer i behov, befolkningsstørrelse og –sammensetning, samt endringer i forbruk, vurdere justeringer av kapasitet og ressursbruk.

I følge Statistisk sentralbyrå passerer folketallet i regionen 3 millioner i 1. halvår 2019, og i 2022 vil folketallet være over 3,1 millioner. Helseforetakene må i sin planlegging ta hensyn til befolkningsutviklingen, demografisk profil og at behov og forbruk av helsetjenester vil kunne variere. Effektene av bl.a. den medisinske og teknologiske utviklingen vil fortsette og helseforetakene må i planperioden legge til rette for en fortsatt dreining av aktivitet fra døgn til dag og poliklinikk.

I 2019 legges det som planforutsetning opp til å realisere en aktivitetsvekst høyere enn demografisk betinget behovsvekst innen alle tjenesteområder. Endelige krav med hensyn til innretning av og vekst i pasientbehandlingen, herunder ISF-finansiert pasientbehandling, fastsettes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år.

Følgende planforutsetninger legges til grunn for aktivitet og prioritering:

- Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være i overkant av 2 % fra 2018 til 2019.
- Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 7 % i planperioden.
- Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk.

I tillegg skal det enkelte helseforetak og sykehus dimensjonere tjenestetilbudet i sine aktivitets-, bemannings- og kostnadsbudsjetter, slik at krav med hensyn til bl.a. tilgjengelighet innfris. Dette

innebærer også at en sikrer en tilstrekkelig samlet kapasitet for medisinske støttefunksjoner, bl.a. behovet for moderne billeddiagnostikk.

5.2 Krav til tilgjengelighet

Det vil i planperioden fortsatt være stort fokus på at pasientene ikke skal oppleve unødvendig venting. Planlegging og ledelse av aktivitet blir sentralt. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp indikatoren median tid til tjenestestart for utvalgte pasientgrupper. Dette vil gi et uttrykk for faktisk aktivitet og beregner tid fra henvisning er mottatt til det registreres en kirurgisk eller medikamentell prosedyre. Indikatoren passert tentativ tid skal fortsatt benyttes.

Helseforetakene skal i planperioden tilrettelegge for følgende:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021. Helse Sør-Øst har som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være under 57 dager i somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen 2018.
- Tildeling av time innen 10 virkedager fra mottak av henvisning¹.
- Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd.

Ovennevnte punkter forutsetter fortsatt fokus på effektivitet i poliklinikk med økt prioritet til planlegging og ledelse av poliklinisk aktivitet (jfr. også styringskrav om planleggingshorisont på minimum seks måneder).

5.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

Helse Sør-Øst RHF's strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020 legger føringer for hvordan det skal arbeides med å utvikle pasientens helsetjeneste i planperioden.

Satsingsområder for å styrke pasientrollen

- **Pasientinformasjon og opplæring**

Helseforetakene skal bidra til at pasienter og pårørende enkelt får tilgang til tilpasset og forståelig informasjon om sykdom, behandlingsalternativer og opplegg, kontaktpersoner, kvalitetsresultater og opplæringstilbud. Hensyn til pasienter med særlige behov for informasjon skal vektlegges.

- **Samvalg**

Det skal tilrettelegges for at pasienten kan delta i beslutninger som berører egen helse og behandling. Helseforetakene skal derfor ta i bruk samvalgsverktøy fra Helsenorge.no og gi helsepersonell opplæring i samvalg.

Satsingsområder for å redusere uønsket variasjon

Helseforetakene forventes å følge med på Norsk helseatlas som publiserer data som sammenlikner befolkningens bruk av helsetjenester gjennom interaktive kart, rapporter og faktaark.

Gjennom det nasjonale samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet (AIM-prosjektet) vil det bli utviklet nye indikatorer som skal bidra til lette arbeidet med planlegging og redusere uønsket variasjon i kapasitet og effektivitet. Indikatorene «ikke møtt», «replanlegging» og «planleggingshorisont» vil bli tilgjengelige av Helsedirektoratet i 2018.

¹ Det er et lovkrav at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal starte. Det innebærer i praksis time i første brev (dvs time <14 dg, tentativt uke <4 mdr).

Helseforetakene skal:

- Sørg for god registrering og rapportering av grunnlagsdataene til indikatorene
- Følge opp resultatene av indikatorene for sitt foretak og iverksette eventuelle tiltak for å redusere uønsket variasjon. Det vil her legges til rette for dialog på tvers av helseforetakene om hvilken variasjon som er «naturlig» og hva som er «uønsket».

- **Standardisering av pasientforløp**

Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

- I Helse Sør-Øst må standard forløpstid for pakkeforløp forbedres slik at 70% måloppnåelse blir innfridd.
- Helseforetakene må fortsatt arbeide med korrekt koding og monitorering, samt videreutvikle forløpskoordinatorrollen.

- **Oppfølging av innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet**

I planperioden skal innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet styrkes for å sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur, videreføres. Resultater skal følges opp av ledelse og styrer.

- **Kvalitetsregistre**

Helse Sør-Øst har ansvar for 22 av 54 nasjonale kvalitetsregistre som leverer mange av de nasjonale kvalitetsindikatorene. For at registrene skal kunne gi sikker informasjon og identifisere forbedringsbehov må dekningsgraden være høy. Høy dekningsgrad oppnås primært når det er automatisk datauttrekk fra journal.

- Inntil automatisk datauttrekk er en realitet, må helseforetakene sørge for å registrere inn i aktuelle nasjonale kvalitetsregistre
- Helseforetakene må være kjent med registerdata for egen institusjon og bruke resultatene til planlegging, gjennomføring og monitorering av forbedringsarbeid i klinisk praksis.

Reduksjon av sykehusinfeksjoner

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

Antibiotikabruken skal ned

Nasjonal strategi- og handlingsplan mot antibiotikaresistens er førende for arbeidet som helseforetakene må gjøre i årene fremover. Antibiotikastyringsprogrammene må videreutvikles ved alle sykehus i regionen, bl.a. for reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika.

5.4 Legemidler

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak medfører et utvidet finansieringsansvar for legemidler som folketrygden finansierer i dag.

Det vises til egen omtale av finansieringsutfordringene knyttet til disse legemidlene i punkt 8.4.

For hepatitt C-legemidlene har utviklingen vært uventet positiv og regionen kan behandle langt flere pasienter til en redusert kostnad pga. gode priser i anbuds konkurransene.

- Innføring av nye kreftlegemidler og indikasjonutvidelser vil fortsatt være en utfordring i perioden. Fra og med 2018 vil nye legemidler som blir besluttet tatt i bruk for legemiddelbehandling som har indikasjongruppe/STG bli løpende integrert i ISF-ordningen.
- Også i denne perioden vil de største kostnadsøkningene komme fra nye kreft- og MS-legemidler, men nye terapier kan representere en utfordring både i forhold til økonomi og logistikk.
- Helseforetakene må følge opp etterlevelsen av LIS-anbefalingene ved mer aktiv bruk av sykehusenes legemiddelstatistikkverktøy og månedlig utsendte nøkkeltall.

Videre skal helseforetakene

- Etablere tiltak som reduserer feilmedisinering.
- Sikre legemiddelberedskap for kriser og katastrofer og etablere rutiner som forebygger legemiddelmangel.
- Legge til rette for utvikling av lukket legemiddelsløyfe.

5.5 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nasjonale satsingsområder. Dette handler om pasientgrupper med betydelig overdødelighet og redusert levetid, der en faktor er uoppdaget somatisk sykdom. Levevilkår, somatisk helse og polyfarmasi skal vies særlig oppmerksomhet i samarbeid med førstelinjetjenesten, herunder oppfølging av ambulante tjenester.

Pakkeforløp PHV og pakkeforløp TSB skal implementeres, der somatisk helse er inkludert.

Psykisk helsevern

Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet skal ha et særskilt fokus. Tilbud til de alvorligste psykisk syke, god traumebehandling, voldsrisikovurderinger og tilstrekkelige kapasitet innen akutt og sikkerhetspsykiatri i alle helseforetak/sykehus skal sikres. Kapasiteten ved regional sikkerhetsavdeling (RSA), Oslo universitetssykehus HF, med egen enhet for langtidsbehandling av særlig farlige pasienter, skal følges opp.

- I arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal forebygging av selvmord og reduksjon i all bruk av tvang intensiveres. Rapportering og registreringssystem for levering av korrekte data skal sikres.
- Fortsatt styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, inklusiv ambulante akutt-team.
- Det må utvises forsiktighet ved eventuell ytterligere omstilling knyttet til døgnkapasitet, sett i lys av sykkelighet, samfunnsutviklingen og økningen i antall dømte til behandling. Tilgjengelighet og tilbud til innsatte i fengsler skal styrkes i henhold til Nasjonal strategi (2017-2021)
- Det skal være god poliklinisk tilgjengelighet og døgnbehandlingstilbud innen psykisk helsevern for voksne og for barne- og unge i alle sykehusområder.
- Pasienter med alvorlige psykiske lidelser/psykososer og tilbakevendende symptomatologi skal sikres god tilgjengelighet og helhetlige pasientforløp med mulighet for langtidsrettet poliklinisk behandling i DPS, i kombinasjon med spesialisert døgnbehandling ved behov.
- Det skal legges til rette for økt frivillighet, brukerstyrte tilbud og legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.
- Behandling av tvangslidelser som en spesialisert, poliklinisk områdefunksjon i alle sykehusområder innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne skal sikres i henhold til føringer, gjennomført opplæringsprogram og etablerte funksjoner.
- Det skal det være god tilgjengelighet til både poliklinisk og døgnbasert behandling for spiseforstyrrelser.
- Kapasitet til døgnbehandling av spiseforstyrrelser på regionalt nivå (RASP) skal styrkes for å sikre tilgjengelighet og gode forløp. Dette vil en komme tilbake til i budsjettprosessen for 2019.
- Satsingen på bedre tjenester til barn i barnevernet skal fortsette basert på regional plan og erfaringer fra prosjekt «Bedre helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst».

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB

Veksten i TSB må innebære at flere pasienter kommer i behandling på riktig nivå og i et helhetlig forløp. Veksten skal synliggjøres ved kvalitetssikring av registrering og rapportering. Veksten legger også til rette for kompetanseøkning og involvering av spesialister.

Det vil i videreutvikling av rusfeltet være viktig å adressere følgende utfordringer:

- Skjevfordeling av behandlingstiltak med for stor vekt på langtids døgnplasser.
- Mangel på spesialister som sikrer kvalitet i bruk av utredningsverktøy og behandlingsmetoder.
- Lite kunnskap om den kliniske virksomheten knyttet til bruk av utredningsverktøy og hvilke behandlingsmetoder som benyttes
- Lav forskningsaktivitet og dermed lite kunnskap om behandlingseffekt av ulike typer program og tiltak.
- Manglende/lite tilgjengelig akuttberedskap i helseforetakene.
- Behov for å styrke vurderingsarbeidet og samhandling med henviser og kommunale instanser.

5.6 Utredning, behandling og oppfølging av kreft

Den årlige evaluering av regionens kreftkirurgi vil fortsette og sees i sammenheng med fag- og funksjonsfordeling med sikte på å øke kvaliteten på behandlingen.

Både kreftforekomst og behandlingsmuligheter øker og vil sannsynligvis også gjøre det i kommende planperiode. Stadig flere overlever og utviklingen krever mye ressurser til oppfølging, rehabilitering og støttetiltak. Følgende må hensyntas:

- Nasjonal kreftstrategi skal oppdateres og videreføres for fire nye år (2018-2022) og det skal arbeides aktivt med måloppnåelse innenfor alle hovedområder.
- Fortsatt prioritering av arbeidet med pakkeforløpene med økt fokus på god logistikk og pasientsikkerhet.

Helseforetakene må gi økt oppmerksomhet til lindrende behandling, behandling i livets slutfase og livsforlengende behandling ved bremsing av utviklingen for pasienter med spredning og uhelbredelig kreft.

Stråleterapibehandling

Det vises til styrevedtak i sak nr 85-2010 og 30-2016 og tidligere omtale av stråleterapibehandling i planforutsetning for økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst. For den kommende planperioden gis det følgende føringer:

- Helseforetakene må selv planlegge investeringene til stråleterapisentre i økonomisk langtidsplan og ta hensyn til at tidsperspektivet påvirker både bygg, teknisk utstyr og utdanningsbehov.

Det vises også til omtale under punkt 10.1

5.7 Andre føringer for pasientbehandlingen

Habilitering

- Det vises til føringer for helseforetakene gjennom oppfølging av styresak 008-2017- *Føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsfeltet.*

Rehabilitering

- Oppfølging av styresak 008-2017- *Føring for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsfeltet.*
- Det pågår et arbeid med en avklaring og formalisering av funksjoner på region- og flerområdenivå innenfor rehabiliteringsfeltet i Helse Sør-Øst.

Hjerneslag

- Oppfølging av styresak 008- 2017 *Føring for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor hjerneslagbehandling.*
- Organisering av hjerneslagsbehandling og etablering av nettverksstruktur skal inngå som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, jf. rapporten «*Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016. Sykehus i nettverk.*».
- Beslutningsforum har i 2017 vedtatt at mekanisk trombektomi kan innføres som et tillegg til standardbehandling ved akutt hjerneinfarkt. I løpet av første halvdel av 2018 skal det lages en anbefaling om fremtidig organisering av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst med mål om å redusere dagens geografiske variasjon i pasientenes tjenestetilbud.

Videreføring av behandlingstilbud etter avvikling av ordningen Raskere tilbake

Det skal sikres en planmessig omlegging og integrering i ordinære pasienttilbud av Raskere tilbake-tiltak som har vist seg å ha god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand slik at behandlingstilbud for aktuelle pasientgrupper som skal videreføres, så langt som mulig tilbys uten opphold.

- Omleggingen innebærer at dette blir ordinær pasientbehandling finansiert av basisramme og ISF.
- Likeverdige tjenester er målsettingen for videreføring og ny-etablering av tilbud.
- Behandlingstilbud innen tverrfaglig avklaring- og vurdering for muskel-skjelettlidelser og poliklinisk behandling for mild til moderat angst og depresjon skal videreføres ved alle helseforetak i regionen.

5.8 Oppgavedeling og samhandling mellom nivåene

Helseforetakene skal i samarbeid med kommunene og private avtaleparter sikre gode registreringer og avtaler for innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Samarbeidsavtalene med kommunene skal gjenspeile de viktigste prioriteringene. Dette gjelder blant annet:

- Endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner
- Sikre ønsket effekt av de kommunale akutte døgnplassene
- Gjensidig veiledningsplikt.

Videre skal helseforetakene i planperioden:

- Fortsette arbeidet med trygg utskrivning i pasientsikkerhetsprogrammet.
- Prioritere samarbeidet med kommunene om pasientforløp hjem til hjem og se dette i sammenheng med prioriteringene i revidert strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.
- Sikre brukermedvirkning i avtalearbeidet og samhandlingen med kommunene.

Desentraliserte og/eller ambulante spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene

Helseforetakene skal bidra til desentraliserte og/eller ambulante spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene og i tråd med føringene for utviklingsplanarbeidet.

Prehospitale tjenester og pasientreiser

Helseforetakene skal:

- Videreføre arbeidet med samhandlingsfora på tvers av forvaltningsnivåene innenfor hvert enkelt prehospitalt område. Det er viktig at alle relevante aktører fra både primær- og spesialisthelsetjeneste deltar.
- Det skal utvikles felles forståelse av nåsituasjonen, fremtidige mål og aktuelle forbedringstiltak i den akuttmedisinske kjede.
- Etablere konkrete samarbeidsprosjekter med primærhelsetjenesten.
- Utvikle struktur for samarbeid med brannvesen, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører i henhold til gjeldende forskrifter og føringer.
- Etablere beredskapsråd med aktører i sivilforsvaret, sykehuset, brannvesenet og andre aktører som tjenesten skal samarbeide med.

5.9 Private leverandører

Helse Sør-Øst RHF har avtale med 77 private leverandører innen somatikk, rehabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Kjøpet av helsetjenester skal både være et supplement og alternativ til behandlingstilbudene ved helseforetakene.

- Det vil i planperioden være behov for å gjøre nye anskaffelse innen alle fagområdene. Anskaffelsene gjøres med grunnlag i behovsvurderinger og dialoger med blant annet brukerorganisasjonene, helseforetakene og leverandørsiden.
- Det vil erfaringsvis være behov for å endre innretningen på kjøpene særlig innen rehabilitering og TSB og legge til rette for kvalitetshevninger, noe som enten krever tilførsel av betydelige friske midler eller en omstilling av behandlingsskapiteten.

5.10 Avtalespesialister

Avtalespesialistområdet skal videreutvikles gjennom fem strategiske satsningsområder:

- Bedre samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene
- Pilot for felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering
- Prøveordning for LIS i avtalepraksis
- Forenklet rapportering for avtalespesialistene til Helfo og NPR
- Forsøksordning med en ny finansieringsordning.

I planperioden skal:

- For å imøtekomme kravet fra eier skal det samlede antallet årsverkshjemler økes i perioden, dvs. at volumet i antall årsverk skal økes.
- Pilot for felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern skal igangsettes.
- Regional plan for avtalespesialistområdet vedtas og implementeres

5.11 Fritt behandlingsvalg

- Helseforetakene må ta høyde for en videre utvikling av ordningen og påfølgende økt volum i pasientbehandling gjennom denne ordningen.

6 Bemanning og kompetanse

Foretakenes arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse for sine medarbeidere er avgjørende for å sikre kompetansebehovet for fremtiden. Fokus på rett kompetanse og oppgavedeling har vært uttalte mål, men måloppnåelsen må økes for å sikre tilstrekkelig og rett kompetanse i fremtiden. I kommende

økonomiplanperiode ønsker Helse Sør-Øst RHF å sette særskilt fokus på enkelte yrkesgrupper og videreføre strategisk rettet personalforvaltning for å sikre kompetansebehovene fremover.

6.1 Strategisk kompetanseutvikling

Som ledd i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling, er det i 2017 utarbeidet en overordnet behovsanalyse på regionalt nivå i samarbeid med de øvrige regioner. Denne analysen indikerer et langsiktig behov for styrking av kompetansebeholdningen i foretakene og endret kompetansesammensetning innen følgende områder:

- Økt behov for sykepleiere med grunnutdanning. Dette innebærer at utdanningskapasitet i høyskolene må bygges ut og antall praksisplasser økes.
- Økt behov for legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, endokrinkirurgi, lungemedisin og gastroenterologi.
- Det kan også bli en økt generell etterspørsel etter legespesialister som følge av ny modell for utdanning av legespesialister, jf. avsnittet under.
- Økning i behov for spesialsykepleiere. Den medisinsk-teknologiske utviklingen som styrer legenes spesialisering påvirker også behovet for spesialsykepleiere. Ved flere av helseforetakene er det i dag mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere.
- Også innen andre fagområder vil foretakenes kapasitet måtte vurderes. Behovsanalysen peker spesielt på:
 - Behov for stråleterapeuter. Dette krever bl.a. at utdanningskapasiteten for disse gruppene bygges ut
 - Behov for styrking av helsesekretærrollen. Dette anses som et virkemiddel for å avlaste klinikerne og for å sikre trygg oppfølging av det pasientadministrative arbeidet
 - Helsefagarbeiderlærlinger skal finnes i alle foretak
 - Helsefagarbeiderens rolle i spesialisthelsetjenesten må revurderes og gjennomgås med sikte på økt rekruttering
 - Foretakene bør vurdere behovet for ansatte med spesifikk logistikk-kompetanse for å gjennomgå og sikre gode og trygge pasientforløp
 - Det skal gjennomføres analyser av behovet for masterutdanninger innen sykepleie
 - En vurdering av dagens modellen for utdanning av bemanning i ambulansetjenesten, herunder klargjøring av behovet for paramedic-utdanning

Det forventes at ny organisering av utdanningsløpene for leger i spesialisering (LiS) med oppstart av del II og III fra mars 2019, vil kreve økt ressursinnsats i arbeidet med å følge opp kandidater med veiledning, supervisjon og utdanningsaktiviteter.

Ny spesialistutdanning kan medføre mindre bidrag fra leger i spesialisering i pasientrettet og produktivitetsskapende aktiviteter. Samtidig vil modellen kunne medføre at overlegenes kapasitet bindes mer opp til veiledningsaktivitet og fagrettet opplæring. Endringene vil kunne medføre behov for flere legestillinger uten at det direkte fremmer aktivitet og produktivitet, og det vil således kunne medføre en kostnadsvekst i årene fremover.

Helseforetakene må gjennomføre egne analyser av bemanningsbehov innen aktuelle fagområder og knytte dette til egne utviklingsplaner. Analysene må følges opp av tiltak i perioden som bidrar til å sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakets behov.

6.2 Utdanning og kompetanse

For å sikre god tilgang på kompetanse er helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF avhengig av å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene. I samarbeidet må foretakene kunne tydeliggjøre sine behov og utvikle arenaer der behovene kan formidles og diskuteres. I samarbeidsorganene med høyskoler og universitetene legges grunnlaget for dette samarbeidet. I tillegg må foretakene selv styrke sine egne arenaer for utvikling og samarbeid med utdanningssektoren, både høyskoler, universitet og fagskoler. Endringer i

kompetansebehov og kompetansesammensetning må formidles tydelig. Tjenestens behov for endringene må fanges opp på et tidlig stadium slik at utdanningsinstitusjonene får mulighet til å tilpasse sin aktivitet.

6.3 Arbeidslivsspørsmål

Foretakenes arbeid med å utvikle arbeidstidsordninger som sikrer gode og forutsigbare ordninger både for ansatte og pasienter er viktig. Fokus på ordninger som kan sikre en heltidskultur samtidig som kompetansebehovet til enhver tid er ivaretatt må videreutvikles i samarbeid med ledelse og tillitsvalgte.

Kravene til bruk av kompetanse (ansatte), utstyr og lokaler for å sikre økte krav til aktivitet vil kunne påvirke kostnadsutviklingen fremover. Dette har imidlertid ikke større omfang enn at en bør legge til grunn dagens nivå for kommende planperiode.

7 Forskning og innovasjon

7.1 Mål

I *Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2013-2020* er lagt til grunn at forskning skal føre til forbedret helse i befolkningen, tilstrebe høy kvalitet og være basert på samarbeid. Følgende strategiske valg er gjort:

- God balanse mellom klinisk relevant basalforskning og anvendt forskning skal sikres, for å bidra til at ideer fra grunnforskningen kommer til praktisk nytte i pasientbehandlingen
- Tverrfaglighet og flerfaglighet i forskning skal fremmes, ved at forskningskompetansen for ulike profesjoner utvikles gjennom kompetansehevede tiltak
- Samlet ressursbruk til forskning og innovasjon skal på sikt øke til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett, og effekten av økt ressursbruk skal dokumenteres
- Det utvikles tiltak for gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne og bedret mulighet for ekstern finansiering
- Forskningsmiljøer som spesielt kan bidra innen helsetjenesteforskning og samhandlingsforskning skal styrkes
- Regionale forskningsmidler skal hovedsakelig være gjenstand for utlysning der det konkurreres på kvalitet og gjennomførbarhet av prosjekter og tiltak

En regional delstrategi for forskning og innovasjon kompletterer og konkretiserer målene for forskning og innovasjon for perioden. Delstrategien er nå under revisjon og vil bli delt i en regional strategi for forskning og en regional strategi for innovasjon.

7.2 Finansiering

Fortsatt utvikling av forskning og innovasjon skal oppnås blant annet gjennom forsterket sentral og lokal infrastruktur, samt spesifikk prosjektstøtte med forankring i styrevedtatt strategi. Forutsetning for dette er økt ressursbruk. I 2016 utgjorde ressursbruk til forskning 3,3 % av totalkostnader.

Viktige utfordringer nå er

- Å opprettholde opprinnelig veksttempo for ressursbruk til forskning som andel av totalkostnad
- Både opprettholde tematisk bredde i forskningen og samtidig styrke spissforskningen

Ressursene brukt til forskning i helseforetakene stammer fra en av fire hovedkilder:

- Midler fra helseforetakets eget budsjett
- Øremerkede forskningsmidler over statsbudsjettet
- Regionale strategiske forsknings- og innovasjonsmidler (midler fra basisramme Helse Sør-Øst RHF)
- Eksterne midler, for eksempel fra Forskningsrådet, Kreftforeningen, EU, private givere m.fl.

Per i dag tilsvarer eksterne midler om lag 20% av forskningsfinansieringen.

For å nå målet om 5 % av ressursbruken til forskning, vil det være nødvendig med en betydelig vekst i de eksterne midlene. Forskningsmiljøene i helseforetakene må være i stand til å tiltrekke seg eksterne midler både fra nasjonale og internasjonale kilder. I hovedsak vil dette dreie seg om Norges forskningsråd og ikke minst EU. Støtte til EU-søknader forutsetter sterke lokale fagmiljøer, i tillegg til en velutviklet infrastruktur for forskning, samt administrativ kapasitet for å drive multinasjonale prosjekter. Internasjonal nettverksbyggingen er avgjørende, etter som EU- støtte til forskning i all hovedsak forutsetter samarbeid mellom flere land. En bedre samordning med Universitetet i Oslo er viktig, ikke minst for å oppnå et tilstrekkelig støtteapparat for utforming av slike søknader. Gode stimuleringsordninger for forskningsmiljøer har også vist seg som et effektivt virkemiddel.

Ressursbruken til innovasjon må i denne sammenheng sees som en del av ressursbruken til forskning.

En ser ikke for seg at det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet vil endres betydelig i årene framover. For Helse Sør-Øst RHF sin del vil den årlige økningen sannsynligvis være 3-4 % per år, bla. avhengig av den relative forskningsproduksjonsandelen for regionen som nå synes å øke noe. Det vises til tabell 3 under som viser andel forskningspoeng som gjennomsnitt over tre-årsperioder:

	2012-2014	2013-2015	2014-2016
Helse Sør-Øst	61,6	61,8	62,6
Helse Vest	20,3	19,8	18,9
Helse Midt-Norge	9,7	9,7	10,4
Helse Nord	8,4	8,7	8,1
I alt	100	100	100

Tabell 3. Andel forskningspoeng i RHF¹ ene. Kilde: Prop.1S (2017-2018)

Fra og med 2016 er det avsatt egne midler i statsbudsjettet til et eget program for Klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK), som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap og koordineres av Helse Sør-Øst RHF. Midlene skal finansiere flerregionale forskningsprosjekter og konkurranseutsettes. KLINBEFORSK er ment å være en langvarig satsing, men er avhengig av politisk beslutning fra år til år

8 Økonomiske rammeforutsetninger for perioden

8.1 Hva som fordeles i økonomisk langtidsplan

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

Det er kun basisrammen som endres i økonomisk langtidsplan. Andre faste inntekter forutsettes gitt over hele perioden på 2018- nivå. Alle tall er i faste 2018-kroner, dvs. at det ikke er innarbeidet lønns- og prisvekst i perioden. Dette gjøres i de årlige budsjettene ut i fra forutsetninger i statsbudsjettet.

Bevilgning til kvalitetsbasert finansiering, KBF, forutsettes uendret i økonomiplanperioden i forhold til 2017. KBF-midlene inngår i basisrammene. Det samme gjelder uttrekk og tilbakelegging av midler knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen).

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

Planleggingsrammene for årene 2019-2022 er beregnet med utgangspunkt i inntektsrammer 2018 slik disse fremstår i Oppdrag og bestilling 2018, med følgende endringer:

- Omfordelinger som følge av oppdateringer i inntektsmodellen
- Fordeling av forskuttet basisrammereduksjon til dekning av endrede pensjonskostnader i 2018
- Tildeling av forutsatte økte midler til aktivitetsvekst
- Andre endringer, jf. omtale under

8.2 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Formålet med inntektsmodellen er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de økonomisk settes i stand til å levere likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetakenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger. For å ta hensyn til pasientflyt mellom sykehusområdene har modellen også en mobilitetskomponent.

Inntektsmodellen fordeler basisrammer til sykehusområdene. Enkelte definerte forhold finansieres på siden av inntektsmodellen, men inngår like fullt i helseforetakenes basisrammer. Dette gjelder inntekter til finansiering av regionale behandlingstilbud innen psykisk helsevern og TSB, definerte regionale kompetansetjenester, samt øvrige regionale og nasjonale funksjoner.

Det er i løpet av 2017-18 i et eget prosjekt arbeidet med videreutvikling av enkelte elementer i inntektsmodellen, se omtale i sak 021-2017 *Økonomisk langtidspan 2018-2021. Planforutsetninger*.

Innen somatikk er det gjort nye vurderinger av:

- volum og pris i abonnementsordningen for nasjonale og regionale funksjoner i Oslo sykehusområde
- finansiering av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger i Oslo sykehusområde
- strukturkomponenten

Det er i planforutsetningene for 2019-2022 ikke innarbeidet endringer i inntektsmodellen knyttet til disse forholdene. Helseforetakene må imidlertid ta høyde for at de foreslåtte endringene i abonnementet og håndteringene av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger kan bli innført ved utarbeidelse av forutsetningen for 2019-budsjettet, dvs. følgende:

- Det gjøres ingen endringer i det samlede volumet i abonnementsordningen, men volumet for inneliggende pasienter reduseres fra 40,5 til 39,5 ISF-poeng per 1000 innbygger. Volum for polikliniske konsultasjoner er økes fra 2 til 3 ISF-poeng per 1000 innbygger.
- Det omfordeles inntekt for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus fra sykehusområdene Akershus, Vestre Viken og Østfold til Oslo sykehusområde.

Det er også gjort analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer. Dette arbeidet er ikke avsluttet og får derfor ikke innvirkning på planleggingsrammene for 2019-2022.

Det er videre arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Disse vurderingene er avhengig av modellelementene for psykisk helsevern og TSB og pågår derfor fortsatt.

For Sunnaas sykehus og de tre private ideelle sykehusene uten eget opptaksområde, blir det årlig besluttet inntektsnivå. Det er arbeidet med å videreutvikle faktagrunnlaget for disse inntektsbeslutningene, hvilket medfører at det ikke tildeles økte økonomiske midler til aktivitetsvekst ved Sunnaas sykehus i planperioden.

I tillegg er det foretatt ordinære oppdatering av kriteriesettene som inngår i modellen, samt foretatt en ny gjennomgang av hvilke forhold som skal finansieres utenfor inntektsmodellen, dvs. gis direkte til enkeltforetak som øremerkede midler til definerte formål.

Fordeling utenfor modellen

Forhold som finansieres utenfor modellen utgjør i alt om lag 1,3 milliarder kroner. Dette omfatter

- Finansiering av regionale behandlingstilbud innen psykisk helsevern og TSB
- Kompetansetiltak knyttet til nasjonale og flerregionale behandlingstjenester
- Regionale kompetansetjenester
- Tidligere øremerkede tilskudd over statsbudsjettet som er overført basisrammen til Helse Sør-Øst RHF
- Definerte funksjoner som enkeltforetak utfører for hele regionen på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF

Det alt vesentligste av forholdene som finansieres utenfor modellen er lokalisert til Oslo universitetssykehus.

Samlet sett, dvs. sum av alle elementer i inntektsmodellen gir følgende årlige omfordelinger i perioden tall i millioner 2018- kroner:

Sykehusområde	2019	2020	2021	2022
Akershus	686	22	22	21
Innlandet	-760	-31	-29	-28
Oslo	-1	52	46	45
Sørlandet	0	-1	-1	-1
Telemark og Vestfold	-33	-25	-24	-23
Vestre Viken	56	-11	-10	-8
Østfold	52	-6	-5	-5
I alt	0	0	0	0

Tabell 4. Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2019-2022. Millioner kroner Omfordelingene i perioden skyldes i hovedsa

Nye opptaksområder

Ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen knyttet til Kongsvinger sykehus overføres fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus fra 1. januar 2019. Økonomiske effekter av overføringen er innarbeidet i modell 2019 og gir betydelig omfordeling av inntekter mellom Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus.

Ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres fra Akershus til Østfold sykehusområde fra 2. mai 2018. Det er i basisrammen for 2018 innarbeidet 8/12 effekt av endring i faste inntekter mellom de to sykehusområdene. I modell 2019 fremkommer 4/12 effekt av overføringen gjennom en positiv effekt for Østfold og en negativ effekt for Akershus.

Ordinær oppdatering av datagrunnlag

I modellen for 2019 er avregningen for kjøp fra private tilbydere innen TSB endret fra å legge 40% vekt på beregnet behov og 60% vekt på faktisk forbruk, til å avregne 30% etter andel behov og 70% etter andel forbruk. Dette er i tråd med planforutsetningene i sak 021-2017 *Økonomisk langtidsplan 2018-2021*.

Planforutsetninger.

Som følge av stor oppdragsmengde for ambulanshelikopterne stasjonert på Lørenskog settes det opp dobbel bemanning fra 1. juni 2018. Luftambulansetjenesten HF får som følge økte kostnader til piloter og redningsmenn. Medisinsk personell knyttet til basen er ansatt ved Oslo universitetssykehus HF, og omfattes av de samme bestemmelsene. I budsjett 2018 er Oslo universitetssykehus HF tildelt 3,4 millioner kroner i basis for denne kostnadsøkningen. I tråd med sak 105-2017 *Budsjett 2018. Fordeling av midler til drift og investering* er det lagt inn 5,4 millioner kroner en del av kostnadskomponenten i modellelementet for prehospitaltjenester i modell 2019.

Pensjon

Oppdaterte beregninger fra januar 2018 viser en reduksjon i pensjonskostnaden for 2018 i forhold til tidligere beregninger. Det er derfor forskuttert en reduksjon i basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF i 2018 på 592 millioner kroner i revidert nasjonalbudsjett 2018. I budsjettet for 2018 vil denne endringen bli fordelt etter andel kostnadsendring, i henhold til etablert praksis. Endringen er innarbeidet i inntektsmodellen fra 2019 og inngår i tallene i tabell 4 over.

8.3 Midler til økt aktivitet

Det bevilges årlig økte midler i statsbudsjettet til å finansiere aktivitetsvekst, blant annet som følge av økt befolkning og endret befolkningssammensetning. Som et antatt realistisk og tilstrekkelig konservativt anslag knyttet til økte midler til aktivitetsvekst, foreslås en videreføring av forutsetningen fra forrige økonomiske langtidsplan. Det vil si en økt bevilgning til aktivitetsvekst på 450 millioner kroner hvert år i perioden 2019-2022.

Den faktiske fordelingen av disse midlene mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene avventes til den årlige budsjettbehandlingen, når beløpets størrelse er klart, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler. Inntil videre fordeles, som en planforutsetning, midlene tilsvarende som i økonomisk langtidsplan 2018-2021, det vil si 300 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 150 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 5 under viser den faktiske fordelingen i budsjettet for 2017 og 2018 av disse midlene og forslaget til fordeling av økte midler i økonomiplanperioden:

Midler til økt aktivitet	Fordelt i budsjett 2017	Fordelt i budsjett 2018	Økonomisk langtidsplan			
			2019	2020	2021	2022
Helseforetak og sykehus	559	455	300	300	300	300
Helse Sør-Øst RHF	150	150	150	150	150	150
I alt, sum bevilgning	709	605	450	450	450	450

Tabell 5. Midler til økt aktivitet. Fordeling i 2017 og 2018 og forutsatte midler 2019 - 22. Millioner kroner

De økte midlene til sykehusområdene er fordelt i henhold til behovsandel innen de enkelte tjenesteområdene.

Økte midler til Helse Sør-Øst RHF vil bli disponert til å bygge opp regionale likviditets- og resultatbuffer for å sikre midler til regionalt prioriterte investeringer, samt til forventede økninger i nasjonale satsninger mm. For 2019 er det derfor som en planforutsetning avsatt 500 millioner kroner i regional buffer, økende til 600 millioner kroner i 2022. Det vil i tillegg budsjetteres med et årlig overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket.

8.4 Andre inntektsrammeforutsetninger

- ***Akershus universitetssykehus- midlertidig inntektsstøtte***

Akershus universitetssykehus ble tildelt 50 millioner kroner i midlertidig inntektsstøtte i budsjett 2018 for å håndtere omstillingsutfordringen ved redusert inntektsnivå som følge av overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune til Sykehuset Østfold fra mai 2018. Tildelingen medførte en reduksjon i regional resultatbuffer fra 400 millioner kroner til 350 millioner kroner.

Akershus universitetssykehus overtar ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen tilknyttet Kongsvinger sykehus fra 1. januar 2019. Dette er foreløpig beregnet til å gi Akershus universitetssykehus en netto positiv økonomisk effekt.

Det foreslås derfor å avvikle inntektsstøtten til Akershus universitetssykehus fra 2019, og tilbakeføre midlene til styrking av regional buffer på Helse Sør-Øst RHF.

- ***Oslo universitetssykehus- inntektsstøtte for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger***

Oslo universitetssykehus ble tildelt 75 millioner kroner i budsjett 2017, videreført i 2018, som en midlertidig inntektsstøtte for aktivitet på om lag 12.000 ISF-poeng som ikke dekkes av abonnementsordningen, øvrig aktivitet som prises særskilt eller som kan forventes å være naturlig marginalaktivitet.

Som en følge av at det i planforutsetningene ikke er innarbeidet ny ordning for finansiering av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus er denne inntektsstøtten videreført i planperioden.

- ***Sykehuset Telemark - inntektsstøtte til etablering av eget rustilbud***

Sykehuset Telemark er tildelt 33 millioner kroner i budsjett 2018, hvorav 31 millioner kroner til driftskostnader og to millioner kroner til etableringskostnader.

Det foreslås at tildelingen videreføres i 2019 med kompensasjon for driftskostnadene. Støtten trekkes ut fra 2020, og midlene tilbakeføres sentral buffer på Helse Sør-Øst RHF.

- ***Sykehuset Innlandet- omstillingsutfordring ved overføring av Kongsvinger sykehus***

Ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen tilknyttet Kongsvinger sykehus overføres fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus per 1.januar 2019.

Overføringen er foreløpig beregnet til å gi Sykehuset Innlandet en omstillingsutfordring på 110 millioner kroner årlig, med en omstillingsperiode på 3-4 år. Beregningene skal oppdateres i løpet av våren, og det vil etter dette tas stilling til midlertidig inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet.

- ***Sunnaas sykehus - inntektsrammeforutsetninger***

Sunnaas sykehus er i oppdrag- og bestillerdokumentet for 2018 gitt krav om økt aktivitet uten tildeling av økte økonomiske midler. Som del av arbeidet med utvikling av regional inntektsmodell, jamfør sak 021-2017, er det gjort innledende analyser for å belyse faktagrunnlaget for de årlige budsjettbevilgningene til Sunnaas sykehus. Det er i den forbindelse ikke kommet fram informasjon som gir grunnlag for å justere inntektsrammen til Sunnaas sykehus. Finansiering av Sunnaas sykehus vil bli vurdert i lys av arbeidet med regional utviklingsplan og en samlet vurdering av rehabiliteringsområdet i Helse Sør-Øst. Det foreslås derfor at:

- Forutsetningen i budsjett 2018 om økt aktivitet uten tildeling av midler til aktivitetsvekst videreføres i planleggingsrammene for 2019 og i økonomisk langtidsplan 2019-2022
- Ny vurdering om tildeling av vekstmidler foretas i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2020-2023

- **Private ideelle sykehus uten opptaksområde**

Fastsettelse av inntektsnivået for de private ideelle sykehusene uten definert opptaksområde, dvs. Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset, ses i sammenheng med det pågående arbeidet knyttet til inntektsmodellen.

Det arbeides fortsatt med dette, og som foreløpige planforutsetninger for økonomiplanperioden videreføres 2018-rammene, justert for midler til økt aktivitet. Det vil bli foretatt en ny vurdering av inntektsrammeforutsetningene for disse sykehusene inn mot budsjett 2019.

- **Håndtering av midler til overført finansieringsansvar av legemidler**

De regionale helseforetakene er i 2018 tillagts finansieringsansvaret for flere pasientadministrative legemidler («H-reseptor»). Dette gjelder følgende sykdomsgrupper - hepatitt B, HIV, alvorlig astma og mastocytose (sjelden blodsykdom), samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C.

Fordeelingen mellom regionene av disse legemiddelbevilgningene gjøres i henhold til den nasjonale inntektsmodellen. Kostnader siste år viser at Helse Sør-Øst har tilnærmet 70 % av nasjonale kostnader til legemidler knyttet til de overførte sykdomsgruppene, mens regionen får om lag 54% av bevilgningen («Magnussen-andelen»). Særlig for HIV- legemidler har Helse Sør-Øst en langt større kostnadsandel enn vår andel i den nasjonale inntektsmodellen tilsier.

Internt i Helse Sør-Øst vil også en fordeling av disse midlene i henhold til inntektsmodellens behovskomponent gi betydelige avvik i forhold til forventet fordeling av de faktiske kostnadene, i og med at kostnadene ikke samsvarer med behovsandelene. Det er også her kostnadene knyttet til HIV- legemidler som gir de største avvikene fra inntektsmodellens behovskomponent, da kostnadene i stor grad er lokalisert til enkelte bydelar i Oslo.

Ut fra den usikkerheten som både ligger i den nasjonale fordelingen og i regionens inntektsmodell, er hele bevilgningen til nye legemidler budsjettert på det regionale helseforetaket i 2018. Helseforetakene og sykehus vil få dekket kostnader etterskuddsvis, korrigert for en forventet underfinansiering samlet sett. Dette for å kunne følge opp utviklingen i kostnader mellom helseforetak og sykehus, samt for å kunne håndtere forskjeller.

I alt er det 327 millioner kroner som er forutsatt å finansiere kostnadene knyttet til disse legemidlene i Helse Sør-Øst. Disse midlene fordeles foreløpig ikke på helseforetak og sykehus, men som en planforutsetning for 2019-2022 kan det legges til grunn en dekning på 75-80% av kostnadene for overførte legemidler slik det er beregnet for 2018.

- **Ny finansieringsordning for laboratorieanalyser**

Fra 2018 er det innført ny finansieringsordning for laboratorieanalyser. Omlegging til ny ordning skal gjennomføres budsjettneutralt på nasjonalt nivå i 2018. Dersom forutsetningen om budsjettneutralitet ikke blir oppfylt vil det i henhold til Prop.1S være aktuelt å justere innretningen fortløpende gjennom året.

For 2018 er forholdet mellom den aktivitetsbaserte HELFO- refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering endret, og om lag 400 millioner kroner nasjonalt er overført fra aktivitetsavhengig til fast finansiering, dvs. til de regionale helseforetakenes basisrammer. Helse- Sør-Øst RHF er tildelt 215 millioner kroner i økt basisramme som følge av dette. Disse midlene skyldes i stor grad nedskalering av satser innen fagområdet medisinsk genetikk. I vår region er det kun Oslo universitetssykehus og Sykehuset Telemark som tilbyr analyser innen dette fagområdet.

I budsjett 2018 er disse midlene budsjettert sentralt på Helse Sør-Øst RHF for å kunne følge opp utviklingen i foretaksgruppen innen laboratorieområdet gjennom året og å fordele midlene på en slik måte at den økonomiske risikoen håndteres.

I økonomisk langtidsplan 2019-2022 foreslås det, som en planforutsetning, å disponere disse midlene slik, for å kompensere for bortfall av tidligere refusjonsinntekter knyttet til medisinsk genetikkk slik:

- Oslo universitetssykehus tildeles 200 millioner kroner
- Sykehuset Telemark tildeles 15 millioner kroner

Disse beløpene er å anse som planforutsetninger for perioden. Det tas forbehold om justering inn mot budsjett 2019 og at det vil bli aktuelt med en nedtrapping mot 2020 av kompensasjonen rettet mot området medisinsk genetikkk.

- **Regionale kompetansetjenester**

I henhold til sak 021 – 2017 *Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Planforutsetninger*, vil det bli foretatt en gjennomgang av de økonomiske rammebetingelsene for regionale kompetansetjenester i regionen.

Denne gjennomgangen er ikke avsluttet, og administrerende direktør vil komme tilbake til saken i forbindelse med styrets behandling av budsjettet for 2019.

8.5 Økonomiske planleggingsrammer i perioden

Tabell 6 under viser planforutsetninger for sum faste inntekter pr år i perioden, fordelt på sykehusområder, private ideelle sykehus uten definert opptaksområde, Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF, tall i millioner 2018- kroner:

Sum faste inntekter	Budsjett 2018	Økonomiplan				Andel 2018	Andel 2022
		2019	2020	2021	2022		
Akershus SO	5 680	6 310	6 382	6 454	6 525	10,6 %	11,9 %
Innlandet SO	5 457	4 649	4 654	4 661	4 669	10,1 %	8,5 %
Oslo SO	15 496	15 602	15 715	15 822	15 928	28,8 %	29,0 %
Sørlandet SO	4 136	4 102	4 132	4 163	4 193	7,7 %	7,6 %
Telemark og Vestfold SO	5 351	5 278	5 264	5 282	5 301	9,9 %	9,6 %
Vestre Viken SO	5 447	5 475	5 509	5 544	5 581	10,1 %	10,1 %
Østfold SO	3 824	3 853	3 879	3 906	3 933	7,1 %	7,1 %
Private ideelle sykehus uten definert opptaksområde	283	286	288	290	292	0,5 %	0,5 %
Sykehuspartner HF	20	2	0	0	0	0,0 %	0,0 %
Helse Sør-Øst RHF	8 118	8 113	8 296	8 446	8 596	15,1 %	15,6 %
I alt	53 811	53 668	54 118	54 568	55 018	100,0 %	100,0 %

Tabell 6. Planleggingsrammer 2019-2022. Millioner kroner Dette er planleggingsrammer som skal legges til grunn for budsjettprosessen inn mot 2019 og videre for hele planperioden. Det tas forbehold om at det kan bli justeringer av disse rammene ut over det som følger av Prop.1S (2019-2020), jf. bla omtalen finansiering av legemidler og laboratorieanalyser.

9 Nasjonale, felles eide selskaper

Hovedformålet med de felleseide selskapene er å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse for på denne måten å frigjøre ressurser til pasientbehandling.

Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. Felleseide selskaper vil kunne bidra til samordning innen områder hvor dette er viktig. Det er i dag etablert følgende selskaper, organisert som helseforetak:

- ***Luftambulansetjenesten HF***

Ny helikopteravtale innebærer oppstart 1.juni 2018, mens ny flyavtale trer i kraft 1.juli 2019. Endringer fra dagens avtaler vil medføre et bedre tilbud til spesialisthelsetjenesten og vil kunne medføre økt kostnadsnivå i virksomheten.

- ***Pasientreiser HF***

Effektiviseringskravet som ble innarbeidet i gjeldende planperiode vil bli videreført i kommende planperiode. Det vil i tillegg bli fokusert på gevinstrealisering som en følge av pågående prosjekter som avsluttes tidlig i planperioden.

- ***Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF***

Foretaket overtok i 2017 eierskapet til utstyr fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Videre er de første investeringene i nødnett, foretatt av foretaket selv, ca 10 år gamle og det er et betydelig behov for reinvesteringer. Dette vil kunne medføre økte kostnader og dermed økt finansieringsbehov fra eierne.

- ***Nasjonal IKT HF***

Det forventes at virksomheten vil ha samme aktivitetsnivå i neste planperiode som i inneværende periode.

- ***Sykehusbygg HF***

Aktivitetsnivået som finansieres av eierne direkte forventes opprettholdt på samme nivå som i inneværende planperiode. Arbeidet med ny finansieringsmodell kan medføre endringer i behov for finansiering fra det regionale helseforetaket.

- ***Sykehusinnkjøp HF***

Virksomheten forventes å være dimensjonert for fremtidig aktivitetsnivå inneværende år. Ny finansieringsmodell kan likevel medføre endringer i finansieringsbehovet fra eierne.

Det er fra 2017 etablert et årshjul som skal underbygge den formelle styringen som de administrerende direktørene ivaretar i selskapenes foretaksmøter. Målet er større gjensidig innsikt i og kunnskap om selskapenes virksomhet og de regionale helseforetakenes samlede aktiviteter. Gjennomføring av styringsaktivitetene forventes å medføre bedre kontroll og forutsigbarhet mht. selskapenes økonomi og aktiviteter, bl.a. sett inn mot arbeidet med de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner og årlige budsjetter.

De felleseide foretakene sender foreløpige innspill til økonomisk langtidsplan til de regionale helseforetakene i februar. Innspillet omfatter vesentlige endringer i helseforetakenes virksomhet, investeringer og drift. Deretter foretas det vurderinger og avstemming av detaljerte innspill opp mot det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplan

10 Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen, og investeringsnivået forventes å øke i den kommende langtidsperioden. For å sikre økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer er det derfor viktig å realisere forutsatte resultatmål slik at investeringsprosjekter realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

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

10.1 Finansiering av investeringer

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

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

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kan delfinansieres ved lån fra Helse – og omsorgsdepartementet med inntil 70 % av forventet prosjektkostnad. Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet for at regionene kan søke lån til større byggeprosjekter basert på P85-estimat. Styringen av investeringsprosjektene er uavhengig av låneandelen, og investeringsprosjektene i foretaksgruppen skal fortsatt styres etter forventet prosjektkostnad med P50-estimat som en planforutsetning.

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

Foretaksgruppen har årlig om lag 3,6 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og tildeling til helseforetakenes lokale investeringsformål. Bevilgninger av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på størrelse målt som andel av faste inntekter.

10.2 Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Regionalt prioriterte prosjekter videreføres i tråd med sak 069-2017 *Økonomisk langtidsplan 2018–2021*. Dette omfatter en videreføring av igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing:

- Oslo universitetssykehus: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus: Ombygging og lukking av myndighetspålegg, jf. styresak 045-2015

- Sykehuset i Vestfold: Tønsbergprosjektet, jf. styresak 044-2014
- Vestre Viken: Nytt sykehus i Drammen, jf. styresakene 054-2016 og 006-2017
- Sørlandet sykehus: Nytt psykiatribygg, jf. styresak 055-2016
- Oslo universitetssykehus: Ny regional sikkerhetsavdeling, jf. styresaksakene 053-2016 og 070-2017. Forprosjekt har blitt utsatt i påvente av reguleringsplan, jf. styresak 010-2018
- Oslo universitetssykehus: Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, jr. styresakene 053-2016, 071-2017. Skisseprosjekt ble godkjent i styresak 011-2018.
- Sykehuspartner: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst, jf. styresak 069-2016 og styresak 058-2017.
- Digital Fornying: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet

Det ble planmessig tatt høyde for å etablere nye stråleenheter i sykehusområdene Telemark-Vestfold, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030. Det pågår nå tidligfaseutredninger knyttet til flere av disse enhetene, og hvordan disse eventuelt kan innarbeides i øvrige investeringsprosjekter ved de aktuelle helseforetakene.

I styresak 011-2018 ble det godkjent etablering av et protonterapisenter på Radiumhospitalet. Prosjektet finansieres med lån og tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er i tråd med styrets vedtak lagt til grunn at det gjennomføres samlet utbygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og protonterapisenter, slik at hele anlegget kan ferdigstilles i løpet av 2023. Samkjøring av nytt klinikkbygg og protonterapisenter vil muliggjøre en helhetlig og effektiv tilnærming til utbygging på Radiumhospitalet.

Det ble forutsatt at det er økonomisk handlingsrom for oppstart av et byggeprosjekt i Skien ved utgangen av økonomiplanperioden 2018–2021..

Videreutvikling av Oslo universitetssykehus, jf. sak 072-2017. Det er tatt høyde for oppstart av første trinn i utviklingen med Aker og Gaustad i parallell.

Det fremgår av styresak 069-2017 at det kunne være økonomisk handlingsrom for følgende prosjekter etter utløpet av økonomisk langtidsplan 2018–2021:

- Sykehuset Innlandet: Fremtidig sykehusstruktur. Helse Sør-Øst la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022
- Sunnaas sykehus: byggetrinn 3
- Akershus universitetssykehus: sykehuspsykiatri trinn 1 på Nordbyhagen

I tillegg arbeider flere helseforetak i regionen med planer for nybygg ut over prosjektene prioritert i økonomisk langtidsplan for 2018-2021. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2019-2022 vil de regionale prioriteringene knyttet til investeringsprosjekter tilpasses økonomisk handlingsrom og eventuelt oppdateres.

10.3 Status inn mot økonomisk langtidsplan 2019–2022

I 2017 har foretaksgruppen i henhold til foreløpig regnskap et positivt resultat i størrelsesorden 1 milliard kroner. Resultatet for 2017 innebærer videre et positivt resultatavvik i forhold til budsjett og gir derfor en bedre inngang til økonomisk langtidsplan 2019–2022 enn forutsatt i økonomisk langtidsplan 2018–2021. Det positive resultatet i 2017 ligger i hovedsak i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF må finansiere helseforetak med underskudd ved bruk av driftskredittrammer, og det påvirker den regionale likviditeten negativt. Videre indikerer resultatene i 2017 at det er utfordrende for helseforetakene å realisere en resultatutvikling som er lagt til grunn i tidligere økonomiske langtidsplaner.

Det vil være risiko og usikkerhet knyttet til forutsetningene i økonomiske langtidsplaner som kan påvirke fremtidig resultatutvikling. Foretaksgruppen har videre ambisjoner og planer om å gjennomføre betydelige investeringsprosjekter i og etter økonomiplanperioden, og det vil være nødvendig å innarbeide et tilstrekkelig finansielt handlingsrom for å kunne håndtere endringer mot økonomisk langtidsplan. I tillegg til tidligere nevnte resultatbuffer, ble det også innarbeidet en investeringsbuffer på 200 millioner kroner per år i perioden 2018–2021. Det ble planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner for hele langtidsperioden. Nivåene for resultat- og investeringsbuffer videreføres i økonomisk langtidsplan 2019–2022, sammen med sikkerhetsgrensen for likviditet.

10.4 Ny rentemodell for lån fra og med 2018

Det er i statsbudsjettet for 2018 etablert ny rentemodell for nye prosjekter som får lån fra 2018. Bakgrunnen for forslaget er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad skal tilpasses øvrige renter i markedet. Både faste renter og flytende renter skal beregnes med utgangspunkt i Basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Basisrenten er basert på rentebetingelser for boliglån i det norske privatmarkedet. Generelt innebærer dette at helseforetakenes rentevilkår for lån øker med om lag 1 prosentpoeng i forhold til tidligere rentebetingelser. Basert på investeringsprosjektene som foreløpig er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan medfører endringen en økning i samlede betalbare renter på om lag 3,3 milliarder kroner, fordelt over en 25 års nedbetalingsperiode. Prosjektene ved Oslo universitetssykehus utgjør om lag 2,4 milliarder kroner av økningen.

11 Medisinskteknisk utstyr, MTU

Gjennom prosessen for økonomisk langtidsplan 2018-21 rapporterte helseforetakene at gjennomsnittlig alder på utstyrsparken var 8,8 år ved årsskiftet 2016/2017. Dersom beregningen gjøres som et verdivektet gjennomsnitt hvor dyrt utstyr teller mest, er gjennomsnittet under 8 år. Det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene på dette området, og gjennomsnittsalderen varierer mellom 2,5 år og 10,6 år. Helseforetakenes plan i forrige økonomiske langtidsplan var å gjennomføre tilstrekkelig investeringer til å redusere gjennomsnittsalderen i regionen til under 9 år gjennom planperioden 2018-2021.

Tabell 7 under viser gjennomsnittlig alder på medisinskteknisk utstyr i 2016 og 2017:

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

*OUS HF har endret beregningsmetode fra og med 2017. Sammenlignbar verdi for 2016 er 10,2 år.

Tabell 7: Gjennomsnittlig alder MTU 2016 og 2017

Foretakene melder om at MTU prioriteres i investeringsplanene, men at det er utfordrende å senke gjennomsnittsalderen på det medisinsktekniske 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.

COCIR2, har utarbeidet et sett med “Golden Rules” 3 for gjennomsnittlig aldersfordeling av medisinsk utstyr, basert på en målsetning om å balansere fordelene mellom å ta i bruk nye innovative produkter, mot et pragmatisk behov for å oppnå mest mulig verdi av gjennomførte investeringer. Resultatet ble en anbefaling om at minst 60 prosent av utstyret bør være under fem år gammelt, ikke mer enn 30 prosent mellom 6 og 10 år gammelt, mens ikke mer enn 10 prosent bør overstige 10 års utstyrsalder.

Basert på denne måten å fordele utstyret, viste ØLP 2018-21 at kun Sykehuset Østfold med sitt nylig ferdigstilte sykehus var innenfor denne anbefalingen.

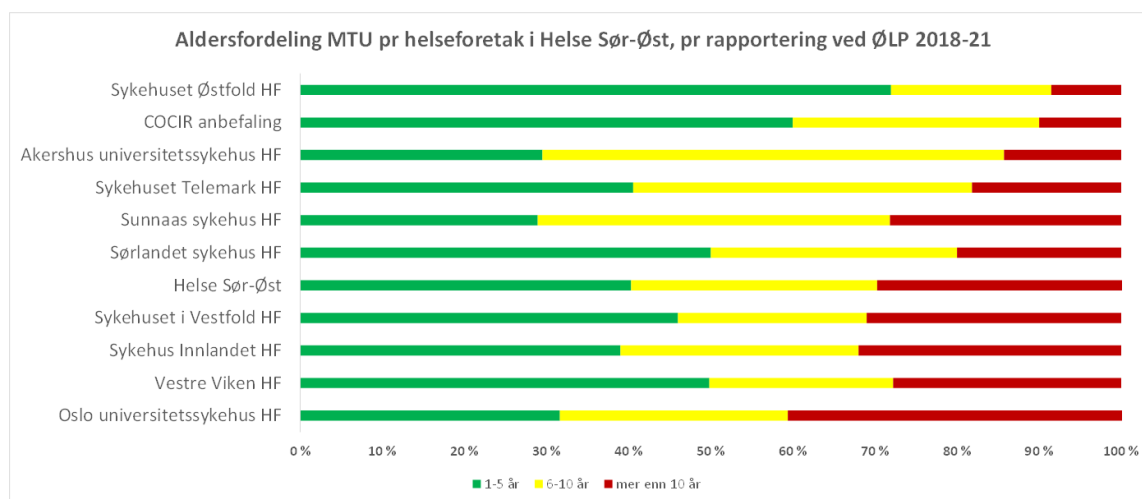


Fig. 1 Aldersfordeling MTU. Kilde: rapportering fra helseforetakene i ØLP 2018-21

Helse Sør-Øst opprettet regionalt kompetansesenter for MTU (RKMTU) ved Oslo universitetssykehus HF i 2015 for å innføre kategoribasert innkjøp innen MTU-området og for å hente ut gevinstpotensialet innen samordning av investeringer på tvers av helseforetakene. I 2016 ble kategoristrategien for MTU utarbeidet. Strategien identifiserte utfordringsområder som må adresseres før man fullt ut kan høste gevinstene som ligger i samordning av investeringene i MTU.

Jamfør tidligere etablert grensedragnings mellom regionale og lokale prioriteringer slik de er omtalt i sak 093-2009 *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde i forhold til prioritering av investeringer i Helse Sør-Øst*, så er det helseforetakenes ansvar å ivareta behovet for medisinsk teknisk utstyr. Det betyr at det er helseforetakenes egne investeringsmidler tilgjengelig fra drift, inklusive eventuelle positive økonomiske resultater som er hovedkilden til finansiering av MTU.

For perioden 2019-2022 skal helseforetakene benytte sine kartlegginger og prioritering av anskaffelsesbehovet i eget helseforetak og vise hvordan dette er innarbeidet i innspillet til økonomisk langtidsplan, samt hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken, i tråd med tidligere etablerte krav fra Helse Sør-Øst RHF om at det enkelte helseforetak utarbeider erstatningsplaner for utstyrsparken.

² European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry

³ http://www.cocir.org/site/index.php?id=63&tx_ttnews%5btt_news%5d=571&cHash=78f2b6bd4000176fa392a26f11ffb3fe

12 Bygg og vedlikehold

12.1 Vedlikehold

Alle helseforetakene er pålagt å;

- registrere tilstand på alle eide bygg og oppdatere denne informasjonen
- utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner der det er registrert tilstandsgrad 2 eller 3 lage en plan over hvilke bygg som er prioritert, og hvilken tilstandsgrad som er ønsket for å drive forsvarlig. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme, og skal utbedres først dersom byggene er i drift.

Helseforetakene må sette av tilstrekkelige midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold.

I gjennomsnitt bør ordinært vedlikehold ligge på 250 kr/kvm for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.

Kontering etter NS3454 med konverteringstilbakeføring til 2010, tyder på at bruk av midler til vedlikehold, samlet for ordinært og ekstraordinært vedlikehold, ikke ligger høyere enn 80 kr/kvm. I tillegg oppgraderes bygningsmassen ved nybygg og total renovering. Helseforetakene har ulik tilstandsgrad for eide bygg og dermed ulikt behov for investeringer i eksisterende bygningsmasse. Midler som settes av må gjenspeile behovet. Generelt samlet for alle helseforetak er det et betydelig behov for økte investeringer til vedlikehold/utskifting.

En oppdatert registrering av tilstandsgraden (TG) for hele bygningsmassen i Helse Sør-Øst i databasen Multimap, viser en utvikling av tilstanden vist i figuren nedenfor.

Samlet sett fortsetter trenden med dårligere tilstand og dermed økt behov for vedlikehold.

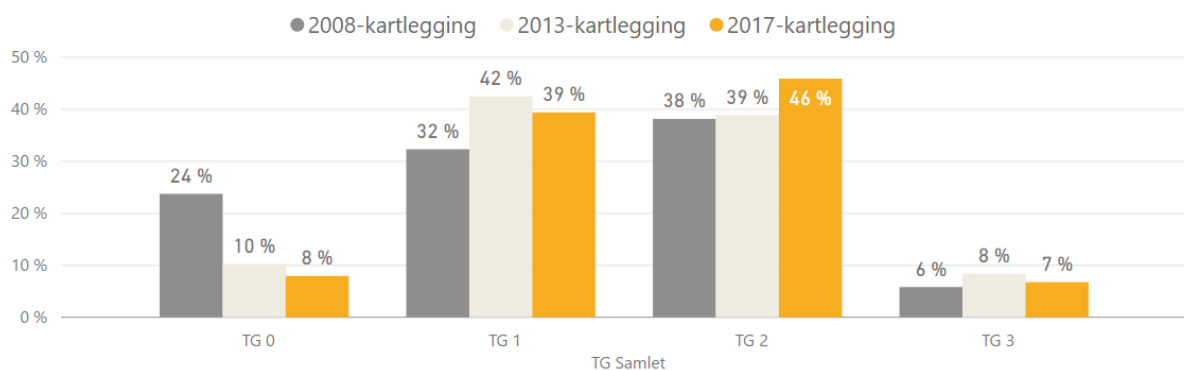


Fig.2 Tilstandsgrader bygg

- Sterk reduksjon i nytt areal (TG 0) fra 2008 til 2013.
- Areal beveger seg fra TG 1 til TG 2, med økning i andel TG 2 fra 2013 til 2017.
- Litt mindre areal i TG 3 fra 2013 til 2017.

For alle helseforetakene i regionen under ett viser beregningene et oppgraderingsbehov på 10,3 milliarder kroner innenfor et perspektiv på 0-5 år, og et behov på 23,7 milliarder kroner innenfor et perspektiv på 0-10 år.

12.2 Husleie

Under behandlingen av statsbudsjettet for 2018 ble det vedtatt å utrede innføring av en husleiemodell i helseforetakene. Dette kan forventes å bli besluttet i statsbudsjettet for 2019, og vil primært ha betydning for eiendomsforvaltningen, men kan også få betydning for investeringsprosjektene, i form av påvirkning på etterspørsel etter lokaler.

12.3 Utfasing av mineralolje til oppvarming

Som et ledd i klimapolitikken innføres et omfattende forbud mot bruk av mineralolje (fyringsolje og parafin) til oppvarming av boliger, offentlige bygg og næringsbygg (yrkesbygg) fra 2020. Det finnes flere alternativer til fossil olje, blant annet varmpumper, elektrisk oppvarming, fjernvarme, biofyringsolje, flis- og pelletskjeler.

Dette vil innebære investering i nye løsninger for det enkelte helseforetak. Selv om tallene her er usikre, bes helseforetakene om å ta dette forholdet med i utarbeidelsen av økonomisk langtidspan.

13 IKT- området

13.1 Digital fornying

Digital fornying er Helse Sør-Østs regionale satsing for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi. Programmet skal sørge for at målene i IKT-strategien for regionen fram mot 2020 nås.

Satsingen skal gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Sykehusene skal bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk av IKT og muligheter for selvbetjening.

Som grunnlag for prioritering av IKT-prosjektporteføljen er prioriteringskriteriene for 2018 oppdatert for å ta inn de innspillene som har kommet i den pågående gjennomgangen av Digital fornying. Dette vil kunne endres utover våren 2018. Et gjennomgående prinsipp er at pågående prosjekter ferdigstilles. Det er to styringsmål for IKT i 2018 for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet:

- Arbeide med IKT-standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp
- Etablere en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering

Følgende prioriteringsrekkefølge er lagt til grunn for å støtte opp under styringsmålene.

1. Etablere en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter innføring av regionale og nasjonale løsninger
2. Fullføre standardisering av elektronisk pasientjournal og legge til rette for informasjonsdeling mellom sektor
3. Fullføre utvikling av og bredde påbegynte regionale løsninger
4. Ivareta og effektivisere regional forvaltning
5. Bredde mobile løsninger og understøtte kliniske arbeidsprosesser inkludert pasientlogistikk
6. Realisere pasientens netthelsetjeneste gjennom innføring av nye innbyggertjenester

Gjennomføring av IKT-strategien skal bidra til forbedringer og gevinstrealisering innenfor fem områder:

- Bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenestene
- Effektivisere helsetjenestene
- Understøtte samhandling mellom alle parter som inngår i leveransen av helsetjenestene

- Møte samfunnets forventninger til bruk av IKT og muligheter for selvbetjening
- Effektivisere regionale IKT-leveranser som grunnmur for videre utvikling

13.2 Strategiske satsinger i IKT-porteføljen

De strategiske programmene under Digital fornying utgjør hovedsatsningen på fornying og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst RHF. De strategiske programmene er basert på IKT-strategi (styresak 86-2015), som beskriver satsninger innen tre hovedområder samt følgende enkeltstående prosjekter:

Regional klinisk løsning, RKL

Programmets formål er å bedre pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst gjennom å standardisere, konsolidere og modernisere regionens kliniske løsninger og prosesser. Programmet skal samtidig være et klart bidrag i retning av bedre elektronisk samhandling, en journal per innbygger i Norge, og understøtte pasientens helsetjeneste.

Følgende pågående prosjekter i programmet har vedtak på gjennomføring:

- Interaktiv henvisning og rekvirering
- Medikamentell kreftbehandling
- Regional EPJ standardisering
- Regional lab fase 1-4
- Regional radiologi
- Automatisk tildeling av fødselsnummer
- HF til HF kommunikasjon (tre delprosjekter)

Virksomhetsstyring

Programmet skal arbeide for å sikre oppnåelse av det strategiske målbildet for virksomhetsstyring, herunder styring av aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet, logistikk, HR, økonomi og prosjekter. Programmet skal arbeide for standardisering av prosesser. Felles grunndata og kodeverk skal standardiseres på tvers av systemer der dette er hensiktsmessig.

Regional IKT for forskning

Formålet med programmet er å gi forskere i helseregionen en betydelig forbedret IKT-støtte gjennom bedre IKT-verktøy og løsninger som bidrar til at all ressursbruk i forskning konsentreres mot utførelse av forskningsoppgavene.

Øvrige prosjekter

Det pågår planleggingsaktiviteter innen området klinisk logistikk. Klinisk logistikk omhandler planlegging og administrering av kliniske aktiviteter knyttet til pasientbehandling. Det skal implementeres IKT-støtte som øker kvaliteten i behandlingen og samtidig effektiviserer driften. I planperioden gjennomføres en konseptfase etterfulgt av en anskaffelse og implementering av IKT-støtte for få og viktige funksjoner, som innsjekk og utsjekk. Alle helseforetak som ønsker denne type IKT-støtte vil kunne ta i bruk dette i planperioden. I samme periode vil det være realistisk også å anskaffe og implementere en mobilitetsplattform som legger til rette for regional bruk av digital støtte på mobile enheter. Foreløpige estimater tilsier at det vil koste rundt 185 millioner kroner i perioden 2018-2021 for å anskaffe og innføre løsning for klinisk logistikk, samt 45 millioner kroner i perioden 2018-2019 for å opprette støtte for mobile enheter.

Andre øvrige prosjekter gjelder primært aktiviteter innen administrasjon Digital fornying og regional datavarehusløsning.

- **Regional forvaltning**

Regional forvaltning består av forvaltningen av de regionale kliniske og administrative løsningene. Det pågår som nevnt en gjennomgang av Digital fornying som kan påvirke overleveringer fra prosjekt til forvaltning de neste årene. Endring i praksis hos Sykehuspartner basert på arbeidene knyttet til revisjon av tjenesteleveranseavtalene med helseforetakene kan også medføre endringer i økonomiplanperioden. Regional forvaltning utreder også mulige anbefalinger om flytting av funksjoner til Sykehuspartner. Det pågår videre et arbeid for å bredde og samle informasjonsforvaltningen som skjer ulike steder i regionen knyttet til ulike IKT-løsninger. Dette arbeidet vil forbedre regional forvaltning og kan få konsekvenser neste økonomiske langtidsplan.

13.3 Lokale IKT- investeringer

I tillegg til de regionale IKT- satsningene gjennom Digital fornying foretar helseforetakene selv investeringer i lokal IKT. Disse investeringene finansieres av helseforetakene selv i en intern prioritering mot investeringer i bygg og MTU.

Inn mot budsjettet for 2019 vil det bli vurdert praksis med lokale IKT-investeringer i lys av utvidet tjenestenivåavtale mellom helseforetakene og Sykehuspartner, og for å forsterke den strategiske, regionale styringen på området slik at risiko reduseres jamfør også gjennomgangen av Digital fornying. Dette kan medføre endringer i fordeling og bruk av likviditet til investeringer i 2019.

13.4 Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har ansvaret for å levere tjenester innenfor IKT, HR og økonomi/logistikk. Dette omfatter IKT-infrastruktur og forvaltning av systemløsningene. Foretaket skal ha sikker og kostnadseffektiv drift.

Sykehuspartner HF's leveranser av tjenester til helseforetakene reguleres ved en tjenesteavtale (SLA). Avtalen beskriver hva som er inkludert og hva som er betalbare ekstraoppdrag. Avtaleverket er revidert fra 2018 og videreføres i økonomisk langtidsplan 2019-2022.

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak ved tjenestepriser. Foretaket er i tillegg tillagt oppgaver på vegne av Helse Sør-Øst RHF som ikke inngår i tjenestepriksmodellen, men som basisfinansieres fra Helse Sør-Øst RHF. Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF er forutsatt redusert fra 20 millioner kroner i 2018 til 0 i 2020, jf. tabell 6 over.

Sykehuspartner HF skal modernisere foretaksgruppens infrastruktur. Ressursinnsatsen til modernisering vil være betydelig de neste årene, både fra egne ansattes bidrag, i form av tjenestekjøp fra markedet, i form av investeringsmidler og ressursinnsats fra helseforetakene.

Basert på vedtaket i styresak 058-2017 ble Sykehuspartner HF i foretaksmøte den 31. mai 2017 bedt om å stille programmet for IKT-infrastrukturmodernisering i bero. Videre ble Sykehuspartner HF gitt i oppdrag å redegjøre for dagens driftssituasjon når det gjelder konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet, herunder redundans og backup-løsninger ved ulike hendelser. Dette som grunnlag for å vurdere tiltak som raskt kan iverksettes for å bedre informasjonssikkerheten. I tillegg ble Sykehuspartner HF bedt om å utarbeide en plan for styrket tilgangsstyring og en bedre metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser, samt utrede mulige alternativer for etablering av en modernisert IKT-infrastruktur, herunder en konsekvensvurdering av en eventuell terminering av avtalen.

Det fremgår av styresak 077-2017 at vurderingene var kommet for kort til at noen av de tre alternative gjennomføringsmodellene kan avskrives som uaktuelle i den form og på det nivå de er beskrevet i dag. Samtidig kan heller ikke terminering av avtalen utelukkes. Utredningene av de alternative gjennomføringsmodellene og konsekvenser ved eventuell terminering av avtalen pågår fortsatt. Resultatet av utredningen vil påvirke økonomisk langtidsplan 2019-2022.