

## Saksframlegg

### Saksgang:

| Styre                    | Møtedato     |
|--------------------------|--------------|
| Styret Helse Sør-Øst RHF | 28. mai 2024 |

### Sak 050-2024

#### Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025–2028

#### *Forslag til vedtak:*

Styret tar saken til orientering og ber om at innspill innarbeides i økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Hamar, 21. mai 2024

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursbruk i foretaksgruppen. Styret blir i denne saken orientert om status for det pågående arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025-2028. Formålet med saken er å gjøre styret kjent med summen av innspill fra helseforetakene og gi styret mulighet til å gi kommentarer før ferdigstilling av planen. Helseforetakene oversendte sine innspill til økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF 12. april, og alle helseforetakene vil i løpet av mai ha styrebehandlet disse. Denne saken viser i hovedsak summen av helseforetakenes innspill, mens endelig forslag til økonomisk langtidsplan 2025-2028 for Helse Sør-Øst med regionale prioriteringer legges fram for behandling i styremøtet 21. juni 2024. Som følge av kvalitetssikring av tallmaterialet tas det forbehold om at det kan komme justeringer fram mot styresaken i juni.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### Planforutsetninger

Styret la i sak 019-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025-2028 – planforutsetninger* føringer for helseforetakenes arbeid med innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Styrets vedtak mot tre stemmer var som følger:

1. *Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2025–2028 legge til grunn innsatsområdene i Regional utviklingsplan 2040. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:*
  - *Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.*
  - *For psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst innen døgnkapasitet og døgnaktivitet.*
  - *Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal øke minst på nivå med vekst i de frie driftsbevilgningene.*
  - *Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og mål om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.*
  - *Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av tilgjengelige data.*
  - *Det skal legges til rette for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.*
  - *Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.*
  - *Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og kompetanse med basis i ivaretagelsen av forsvarlighetskravet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal planlegge med å være en attraktiv arbeidsgiver*

- og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom faste ansatte og begrense innleie.
- Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til oppdrag og bestilling for 2024. Lærlinger innen helsefagarbeid skal prioriteres. Nivået på antallet utdanningsstillinger og antall lærlinger skal opprettholdes eller økes ytterligere i planperioden.
  - Egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet i årene 2025-2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholdsnivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan.
2. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre grense på likviditet på 1 milliard kroner.
  3. Regjeringens varslede endringer i finansieringsregimet for spesialisthelsetjenesten slik de framgår av helse- og omsorgsministerens sykehustale i 2024 legges til grunn, herunder at bevilgningen til demografisk betinget aktivitetsvekst fra og med 2025 dekkes 100 prosent, at renteberegningsmetoden endres tilbake til statsrente med påslag, og at det kan søkes om lån inntil 90 prosent av styringsrammen for nye prosjekter fra 2025.
  4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges med sikte på å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
  5. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter, og forskyving av prosjekter som ikke er i forprosjekt- eller gjennomføringsfase. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
  6. Som en planforutsetning tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF for 2025 med 55 millioner kroner. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2025
  7. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

### **Regionale planer, nasjonale føringer og anvendelse av strategier**

Det ligger føringer, retningslinjer og strategier utover vedtaket i planforutsetningene som har betydning for utformingen av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst. Et utvalg vises nedenfor. For utvidet oversikt vises det til nettsiden [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no):

- *Regional utviklingsplan 2040*
- *Finansstrategi for Helse Sør-Øst (sak 118-2023)*
- *Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (sak 080-2018)*
- *Regional delstrategi for teknologiområdet (sak 132-2023)*

Regjeringen la 1. mars i år fram Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Meldingen skal etter planen behandles av Stortinget før sommeren.

Helseforetakene ble i sak 019-2024 bedt om å ta hensyn til de planene regjeringen har for utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Jf. styrets vedtak i sak 019-2024 er de varslede endringene i finansieringsregimet lagt til grunn. Den varslede reduksjonen av ISF-andel i somatisk pasientbehandling fra 40 prosent til 30 prosent var ikke kjent på tidspunktet for utarbeidelse av planforutsetningene, og er budsjettneøytral. Dette er følgelig heller ikke innarbeidet i helseforetakenes innspill og eventuelle muligheter og risikoer knyttet til dette, er ikke hensyntatt.

Regjeringen la 14. mai 2024 fram Prop. 104 S (2023-2024) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024*, revidert nasjonalbudsjett 2024. Bevilgningsforslaget skal behandles av Stortinget i slutten av juni. Regjeringen foreslår å bevilge til sammen 2 milliarder kroner for å styrke sykehusenes økonomi og legge til rette for å snu trenden med økning i ventetidene. Helse Sør-Øst RHF er foreslått bevilget et tilskudd på 217,2 millioner kroner til ettårige ventetidstiltak. Forslag til fordeling av tildelingen internt i Helse Sør-Øst legges fram i egen styresak 051-2024 og er med forbehold om Stortingets behandling av regjeringens forslag. Regjeringen foreslår videre en varig bevilgningsøkning gjennom basisrammen for å styrke sykehusøkonomien og med det legge til rette for at sykehusene kan følge opp styringsdokumentene i 2024 og redusere ventetider. Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF er foreslått økt med 624,6 millioner kroner. Bevilgningsøkningen er ikke innarbeidet i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Bevilgningsforslaget omfatter også et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd på 61,9 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF og et varig tilskudd på 54,3 millioner kroner til tiltak som kan bidra til økt kapasitet ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger i helseforetakene. Samlet sett utgjør dette 958,0 millioner kroner. I tillegg foreslås bevilget midler til dekning av økte pensjonskostnader, en mindre økning i resultatbasert finansiering, samt økt overslagsbevilgning for laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil få framlagt en sak om fordeling av den økte basisbevilgningen og øvrige bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2024 ut over ettårige midler til ventelistetiltak i styremøtet 21. juni 2024. Som del av saken i juni vil det også fremmes forslag for prosess for mulig revisjon av resultatkrav og budsjetter for 2024.

### **Føringene som ligger til grunn for helseforetakenes innspill**

I arbeidet med innspill til økonomisk langtidsplan legger helseforetakene til grunn en framskrivning av inntektene basert på gjeldende inntektsmodell og mottatte

planforutsetningsrammer. Helseforetakene har vurdert behov for utvikling i aktivitet, bemanning, produktivitet, investeringsplaner, vedlikehold med videre, og oversender sine styrebehandlede innspill til Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF oppsummerer og avstemmer innspillene på foretaksgruppenivå og vurderer helseforetakenes innspill opp mot regionale prioriteringer og foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Helseforetakene får årlig i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme og må prioritere mellom drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at helseforetaket skaper positive resultater i drift. Nye, moderne sykehusbygg og ny teknologi tilrettelegger for effektiv drift. For å skape økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer må det spares gjennom positive driftsresultater, slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de samlede økonomiske rammene som er gitt.

Nedenfor gjengis et utvalg av planforutsetningene slik de framgår av styresak 019-2024:

- Økonomisk langtidsplan er i faste 2024-kroner.
- Det legges til rette for en vekst i pasientbehandlingen på cirka 1,6 prosent årlig.
- Årlig vekst i basisbevilgning som følge av forutsatt aktivitetsvekst forventes å være på 1 010 millioner kroner i 2025-2028. Nivået er anslått med utgangspunkt i historisk bevilgningsnivå for tilsvarende aktivitetsvekst og 100 prosent finansiering av demografisk betinget aktivitetsvekst slik det er signalisert lagt til grunn fra 2025 i Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027*.
- Det er i inntektsrammeforutsetningene tatt høyde for overføring av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Somatiske spesialisthelsetjenester for Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF ved årsskiftet 2025/2026, jf. styresak 024-2023. De samlede økonomiske konsekvensene av dette inngår i innspillene, men vil ses nærmere på fram mot styremøtet 21. juni. Det er videre forutsatt at overføring av psykisk helsevern og rusbehandling for alle de tre bydelene i Groruddalen skjer samlet i 2032. Overføring av ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydelene Grorud og Stovner er i planforutsetningene fortsatt lagt til grunn at skjer i 2036. Det er sendt et forslag på høring om at overføringen kan skje tidligere (2032), jf. omtale senere i dokumentet.
- Veksten i tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF er anslått til 1 343 millioner kroner fra budsjett 2024 til 2028. Dette tilsvarer en økning på 26 prosent og er fire prosentpoeng høyere enn perioden budsjett 2023 til 2027 i fjorårets økonomiske langtidsplan.
- Lånefinansieringen for store byggeprosjekter som ikke ennå er bevilget over statsbudsjettet, er innarbeidet med forutsetning om 90 prosent lån som andel av styringsrammen (P50-estimat). Videre er alle lån fra Helse- og omsorgsdepartementet innarbeidet med renteforutsetning statsrente pluss 40 basispunkter.
- Rentenivået for nye lån baserer seg på markedsrenter i planperioden 2025-2028, for deretter å tilpasses langsiktig stabil rente ved interpolering over tre år. Langsiktig rente baseres på anslag på langsiktig likevektsrealrente (en prosent), justert for påslag i lånebetingelsene fra Helse- og omsorgsdepartementet, jf. over. Realrenteforutsetningen er gjort for å få bedre konsistens med fremtidig inntektsutvikling.
- Prognosesenteret AS anslår lavere vekst i byggekostnader enn deflator de neste årene. Dette er hensyntatt ved å realprisjustere de regionalt prioriterte byggeprosjektene som

er innarbeidet. Realprisjusteringene innebærer at budsjettprisene som oppgis i økonomisk langtidsplan for de store byggeprosjektene er noe lavere enn summen av utlegg i årene fra 2025 og fremover.

Helseforetakene har innarbeidet anslått økning i beregnede legemiddelkostnader fra Sykehusapotekene HF fra 6,9 milliarder kroner for foretaksgruppen i 2024 til 8,6 milliarder kroner i 2028 (nominelle kroner). Dette tilsvarer en estimert økning i kostnader i perioden på 24,6 prosent. Økningen er større enn foretaksgruppen historisk sett har erfart.

I sammenstillingene av utviklingen i planperioden er det tatt utgangspunkt i helseforetakenes estimat per mars 2024 for aktivitet, produktivitet, økonomiske resultater og likviditet med mer.

### **Planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF**

Sak 067-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027* og sak 019-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025-2028 – planforutsetninger* omtaler risiko, finansiering og ansvar for byggeprosjekter (samme tekst i begge saker):

*Gjennomføring av store prosjekter medfører risiko for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen. Helseforetaket skal eie egne sykehusbygg, og må dekke kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på lik linje med øvrige kostnader. På samme måte som det regionale helseforetaket som prosjekteier, må helseforetaket som skal motta bygget, ta høyde for finansieringsrisiko inntil kostnadsrammen (P85-estimat). Styringsrammen (P50- estimat) ligger til grunn for gjennomføringen av prosjektet, men det skal samtidig legges til grunn at ethvert prosjekt skal kunne gjennomføres også innenfor kostnadsrammen (P85- estimat).*

*Dersom byggekostnadene øker utover kostnadsrammen, og det kan påvises med rimelig sannsynlighet at dette skyldes eksogene sjokk, vil det regionale helseforetaket kunne bidra med planmessig inntektsstøtte. Nivået anslås i forbindelse med økonomisk langtidsplan, oppdateres i lys av utviklingen i prosjektet, og vedtas i årlige budsjetter.*

*I henhold til allerede etablerte prinsipper, kan Helse Sør-Øst RHF bidra med ekstraordinær inntektsstøtte ved bristende forutsetninger for gevinstuttak/kostnadstilpasning i det enkelte budsjettår. Dette kan være aktuelt i forbindelse med ferdigstilling av nye bygg, slik som det ble gjort for Sykehuset Østfold HF i forbindelse med prosjektet på Kalnes.*

På bakgrunn av at totale prosjektkostnader for nytt sykehus i Drammen ligger over den prisjusterte kostnadsrammen fra sak 017-2019 *Forprosjektrapport for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF*, og vesentlige deler av dette vurderes å skyldes eksogene sjokk, er det innarbeidet en foreslått planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF i helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028.

### Kostnader ved nytt sykehus i Drammen

I styrets vedtak til sak 008-2023 *Vestre Viken HF – Revidert styringsramme for Nytt sykehus i Drammen* ble revidert styringsramme fastsatt til 14,0 milliarder kroner (prisnivå desember 2021). Dette innebar en økning på 2 380 millioner kroner fra opprinnelig styringsramme. Prisjustert til 2024-kroner utgjør økningen 2 709 millioner kroner.

I tillegg er det vedtatt å holde spesifikke forhold utenfor prosjektets styringsramme, ref. sak 123-2022 (u.off) og sak 008-2023. Totalt utgjør disse forholdene 567 millioner kroner i økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Totalt gir dette en økning utover opprinnelig styringsramme på 3 276 millioner kroner (estimert prisnivå per juni 2024).

I gjennomføringsperioden for nytt sykehus i Drammen har byggekostnadsindeksen økt mer enn deflator (som tilsvarer nominell inntektsvekst), og økt rentenivå har medført større byggelånsrenter. Dette medfører økte krav til omstilling i helseforetaket.

Til grunn for beregning av den planmessige inntektstøtten ligger kostnadsestimater fra inntruffet risiko omtalt i sak 133-2021 *Vestre Viken HF – Nytt sykehus i Drammen, inntruffet risiko* (unntatt offentlighet) og sak 123-2022 *Regional byggeprosjekter i gjennomføringsfase – finansiering og fullmakter* (unntatt offentlighet) og fra beslutning om økt styringsramme jf. sak 008-2023 *Vestre Viken HF - Revidert styringsramme for Nytt sykehus i Drammen*.

Markedssituasjonen som følge av pandemi og krigen i Ukraina har ført til økte kostnader, både ved økte priser på råvarer og ved at entreprenørene har priset inn økt risiko. Det er også inntruffet risiko vedrørende grunnforhold, forurensning og manglende finansiering av infrastrukturtiltak.

Saldogrunnlaget for den planmessige inntektsstøtten tar utgangspunkt i de 3 276 millioner kroner (prisdato juni 2024) som totale kostnader (ny styringsramme og forhold som er holdt utenfor styringsrammen) ligger over opprinnelig styringsramme (P50-estimat, prisjustert). Dette er deretter fratrukket den opprinnelige usikkerhetsavsetningen (prisjustert) for å reflektere endringer utover kostnadsrammen (P85-estimatet) fra sak 017-2019 *Forprosjektrapport for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF*.

Samlet sett er det lagt til grunn en planmessig inntektsstøtte på 1 663 millioner kroner over byggets levetid, hvorav 76 millioner kroner årlig for 2026-2028 som reduseres til et nivå på i underkant av 50 millioner kroner årlig fra 2031 (hovedsakelig pga. overgang til realrenter i økonomisk langtidsplan).

Som en del av den planmessige inntektsstøtten foreslås det at Vestre Viken HF tildeles ekstraordinær inntektsstøtte med 23,4 millioner kroner i 2024 og 12,8 millioner kroner i 2025. Tildelingene skyldes reduserte renteinntekter som følge av at en andel av egenfinansieringen av nytt sykehus i Drammen belastes helseforetakets basisfordring årlig, og gjelder henholdsvis perioden 2022-2024 og 2025. Det vil kunne komme endringer som følge av endelig rentenivå for 2024 og 2025.

Forslagene om planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF vil legges fram for beslutning i styret som egen sak i styremøtet 21. juni.

### **Forutsetning protonbehandling ved Oslo universitetssykehus HF**

I 2025 vil protonterapi være etablert som en flerregional behandlingstjeneste ved Oslo universitetssykehus HF og medføre netto økte driftskostnader. Tilbudet vil også etableres ved Helse Bergen HF. Protonterapi er en mer skånsom og presis behandling enn tradisjonell stråleterapi i kreftbehandling. Aktiviteten vil i begrenset grad være ISF-finansiert i 2025, og aktiviteten må hovedsakelig finansieres gjennom basisrammen. Det vil bli etablert et gjestepasientoppgjør internt i regionen og interregionalt. Det planlegges for en gradvis opptrapping av behandlingsskapasiteten ved de to behandlingsstedene i planperioden, mens store deler av driftskostnadene vil påløpe allerede fra 2025. Det innebærer at kostnaden per pasient vil være synkende i planperioden. Forutsetningene for finansiering, herunder gjestepasientoppjøret, vil konkretiseres i budsjett 2025, og det vil bli vurdert hvorvidt Helse Sør-Øst RHF skal avlaste for deler av behandlingsskapasiteten i perioden kapasiteten trappes opp fram mot 2029 for å understøtte ibruktakelse.

### **Salg av sykehusområdet Ullevål ved Oslo universitetssykehus**

Foretaksmøtet 15. juni 2021 ba, på bakgrunn av Stortingets vedtak, Helse Sør-Øst RHF om å:

- *avvente salg av sykehustomta på Ullevål til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus.*
- *sikre at Aker sykehus blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen så snart det er forsvarlig.*
- *sørge for at den framskrevne sykehusaktiviteten i Oslo legges til grunn for den videre planleggingsprosessen.*

Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet i mars 2024 sak om oppstart av prosjektinnramming for etappe 2 og vedtok å sende saken til Helse Sør-Øst RHF for å få godkjent oppstart av arbeid med prosjektinnramming. I sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med salgsinntekter fra salget med totalt 8,5 milliarder kroner i tidsrommet 2032-2036. Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF startet arbeidet med gjennomgang av takster og reguleringsstatus for sykehusområdet på Ullevål. Styret vil få seg forelagt en egen sak om prosess for salg av Ullevål i løpet av høsten 2024.

Helse Sør-Øst RHF sendte 7. mai 2024 rapporten «Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo» på høring. Her foreslås det å overføre befolkningsansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for befolkningen i bydelene Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus HF allerede på slutten av 2031, når Nye Aker sykehus står ferdig, i tillegg til den opprinnelige planen om overføring av befolkningsansvaret for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samme år. Dersom forslaget blir vedtatt, vil Aker sykehus fra 2032 være et helhetlig lokalsykehus for Groruddalen. Som nevnt over er det i planforutsetningene lagt til grunn at befolkningsansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus HF fra 2026. De økonomiske konsekvensene av forslaget om å framskynde overføringen av befolkningsansvaret innen somatiske spesialisthelsetjenester for bydelen Grorud og Stovner til på slutten av 2031 blir ikke innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2025-2028 da det ikke er endelig besluttet. Hvis det blir besluttet, vil det sammen med en da mer begrenset etappe 2 av utbyggingen av Oslo universitetssykehus HF kunne legge til rette for et tidligere salg av Ullevåltomta.

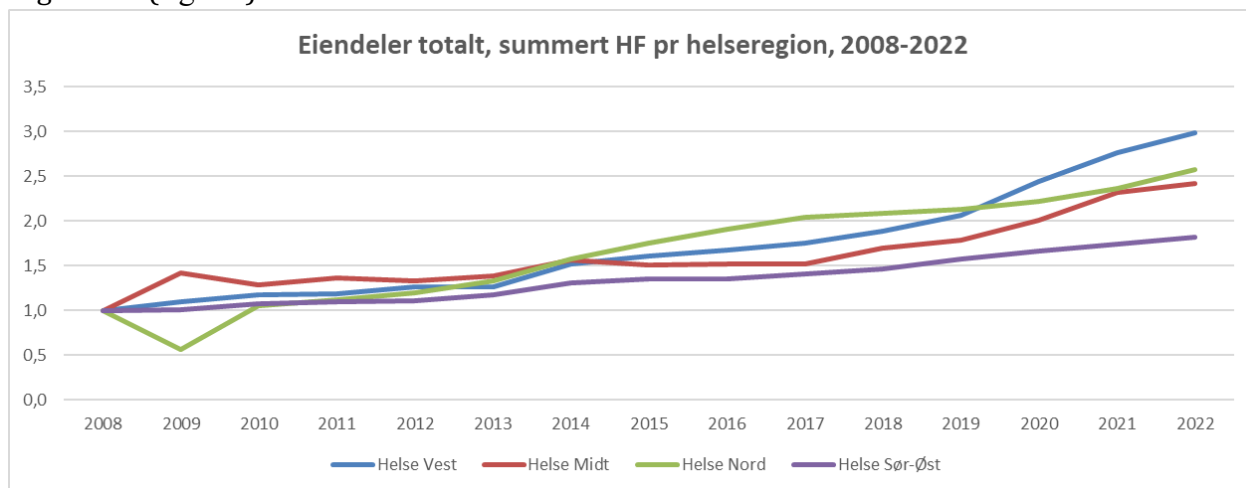


### Sammenhengen mellom midler benyttet til kapital og til lønn

Den økonomiske langtidsplanen vurderer sammenhengene mellom aktivitet, bemanning, drift og investering. Hvordan disse sammenhengene utvikler seg over tid, kan gi innsikt i hvordan krevende prioriteringer kan håndteres på kort og lang sikt.

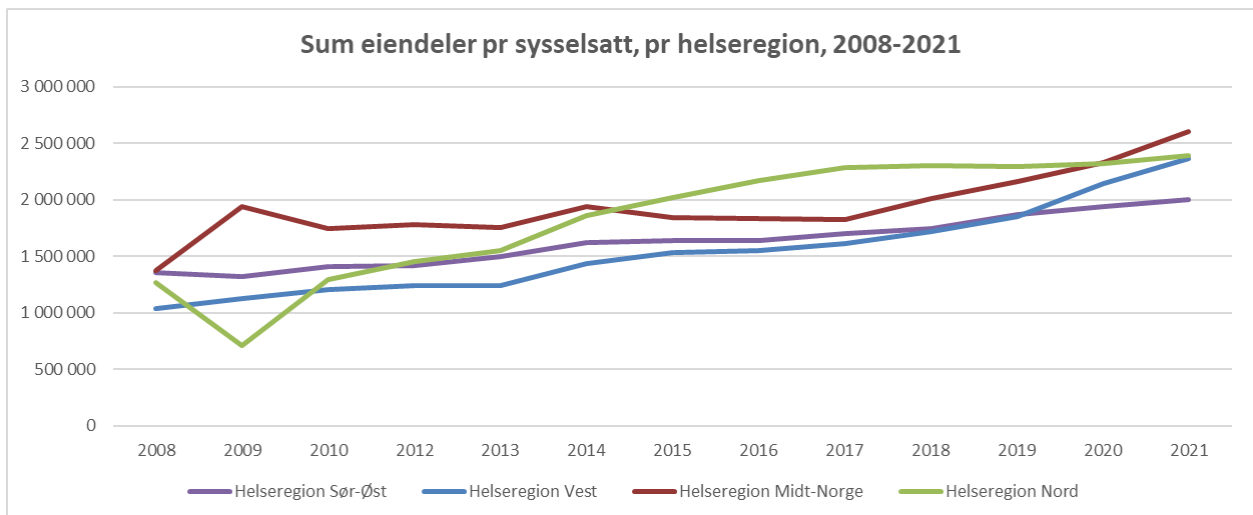
Rambøll og Menon (2022), Menon (2017) og Riksrevisjon (2021) påpeker alle at et lavt investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten gjennom de siste 20 årene har skapt vedlikeholdsetterslep og har vridd ressursinnsatsen mot arbeidskraft i en allerede arbeidsintensiv sektor. Dette reduserer mulighetene for økt produktivitet i sektoren. Utleddet av dette kan det argumenteres for at uten tilstrekkelige investeringer vil arbeidsproduktivetsbehovet øke mer enn dersom kapitalinnsatsen er tilstrekkelig. Økte investeringer i kapital, som bygninger, IKT og utstyr, kan derfor bidra til å øke produktiviteten fremover. Dette er også lagt til grunn i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 når regjeringen argumenterer for at de vil legge bedre til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer gjennom endret rentemodell og økt lånefinansiering.

Statistikk fra SSB viser at sum balanseførte eiendeler (kapital) i Helse Sør-Øst har hatt den laveste økningen av alle regioner siden 2008, mens Helse Vest har høyest vekst av de fire regionene (figur 1).



Figur 1 Utviklingen av eiendeler per helseregion fra 2008, (2008=1). (Kilde: SSB)

Sammenholdt med antall sysselsatte (SSB) har sum eiendeler pr sysselsatt i Helse Sør-Øst gått fra 1,35 millioner kroner i 2008 til 2,0 millioner kroner i 2021, mens Helse Midt har mest kapital pr sysselsatt. Fra å være den helseregionen med mest kapital pr sysselsatt i 2008 (sammen med Helse Midt-Norge), er Helse Sør-Øst nå regionen med minst kapital pr sysselsatt (figur 2).



Figur 2 Sum eiendeler per sysselsatt per helseregion, kroner. (Kilde: SSB)

## 2.1 Helseforetakenes innspill – drift: aktivitet, bemanning og resultat

### Aktivitet

Planforutsetningene stiller krav om at helseforetakenes aktivitetsnivå må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og målet om reduserte ventetider. Summen av helseforetakenes og de private ideelle sykehusenes innspill viser vekst i aktivitet i planperioden 2025-2028<sup>1</sup>.

### Somatikk

Planlagt vekst i ISF-poeng innen somatikk på 5,0 prosent legger til rette for å ivareta pasientenes behov, se tabell 1. Veksten i årene 2025-2028 legger opp til en fortsatt ønsket vridning av aktiviteten fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk.

| ISF somatikk (døgn, dag, poli, legemidler, FBV) sørge-for | 2021           | 2022           | 2023           | E2024          | Økonomisk langtidsplan |                  |                  |                  | Endring E2024 - 2025 | Endring E2024 - 2028 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|----------------------|
|   |                |                |                |                | 2025                   | 2026             | 2027             | 2028             |                      |                      |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen                             | 840 814        | 869 805        | 895 353        | 929 665        | 938 113                | 954 246          | 966 055          | 977 456          | 0,9 %                | 5,1 %                |
| Private ideelle sykehus                                   | 56 812         | 58 937         | 61 106         | 61 921         | 62 443                 | 63 121           | 63 644           | 64 123           | 0,8 %                | 3,6 %                |
| <b>Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus</b>        | <b>897 625</b> | <b>928 742</b> | <b>956 460</b> | <b>991 586</b> | <b>1 000 556</b>       | <b>1 017 367</b> | <b>1 029 699</b> | <b>1 041 580</b> | <b>0,9 %</b>         | <b>5,0 %</b>         |

Tabell 1: ISF-poeng somatikk inklusive legemidler (sørge-for-ansvaret) angitt som faktisk aktivitet i 2021-2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025-2028. Innspill for 2025 og 2028 er sammenliknet med ISF-poeng for estimat 2024.

### Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Planforutsetningene setter videre krav til at poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn foregående år. Innspillene viser at det legges opp til en vekst målt i antall ISF-poeng for psykisk helsevern voksne (VOP), psykisk helsevern barn og unge (BUP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), se tabell 2. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis det kun ISF-poeng for poliklinisk behandling.

<sup>1</sup> Endelige krav til aktivitetsvekst, herunder krav til vekst i ISF-finansiert pasientbehandling, fastsettes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år og Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette inn mot budsjett 2025.

| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus<br>Psykisk helsevern og TSB | 2021           | 2022           | 2023           | E2024          | Økonomisk langtidsplan |                |                |                | Endring<br>E2024 -<br>2025 | Endring<br>E2024 -<br>2028 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------------------|
|   |                |                |                |                | 2025                   | 2026           | 2027           | 2028           |                            |                            |
| VOP - Psykisk helsevern for voksne                                      | 149 926        | 178 166        | 183 195        | 189 528        | 194 264                | 196 417        | 198 802        | 201 436        | 2,5 %                      | 6,3 %                      |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge                                | 172 934        | 146 973        | 154 203        | 161 188        | 162 184                | 164 104        | 166 036        | 167 995        | 0,6 %                      | 4,2 %                      |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling                                  | 39 634         | 37 030         | 39 625         | 40 713         | 41 395                 | 41 922         | 42 456         | 42 995         | 1,7 %                      | 5,6 %                      |
| <b>ISF TOTAL sørge-for-ansvaret psykisk</b>                             | <b>362 494</b> | <b>362 170</b> | <b>377 023</b> | <b>391 429</b> | <b>397 843</b>         | <b>402 443</b> | <b>407 294</b> | <b>412 426</b> | <b>1,6 %</b>               | <b>5,4 %</b>               |

Tabell 2 ISF-poeng psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling angitt som faktisk aktivitet i 2021-2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025-2028. Innspill for 2025 og 2028 er sammenliknet med ISF-poeng for estimat 2024.

Helseforetak og private ideelle sykehus ble i planforutsetningene også bedt om å planlegge for en årlig vekst for døgnbehandling og poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern. Tabell 3 viser at dette innfris.

| Årlig endring<br>Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus<br>eks. Helse Sør-Øst RHF | 2022   | 2023   | E2024 | Økonomisk langtidsplan |       |       |       | Endring<br>E2024-<br>ØLP2028 |
|--|--------|--------|-------|------------------------|-------|-------|-------|------------------------------|
|  |        |        |       | 2025                   | 2026  | 2027  | 2028  |                              |
| <b>Døgn (utskrivninger)</b>  |        |        |       |                        |       |       |       |                              |
| VOP  | 5,6 %  | 1,5 %  | 0,2 % | 0,6 %                  | 1,9 % | 0,7 % | 0,6 % | 3,9 %                        |
| BUP  | -5,7 % | -5,3 % | 5,5 % | 0,5 %                  | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % | 2,0 %                        |
| <b>Liggendøgn</b>  |        |        |       |                        |       |       |       |                              |
| VOP  | 3,6 %  | -0,3 % | 1,8 % | -1,0 %                 | 2,1 % | 1,2 % | 0,6 % | 2,9 %                        |
| BUP  | -4,8 % | -4,7 % | 3,3 % | 0,4 %                  | 0,4 % | 0,4 % | 0,4 % | 1,5 %                        |
| <b>Antall inntektsgivende polikliniske opphold</b>                                     |        |        |       |                        |       |       |       |                              |
| VOP  | 0,4 %  | -2,8 % | 4,1 % | 2,1 %                  | 1,1 % | 1,2 % | 1,4 % | 5,9 %                        |
| BUP  | 0,6 %  | -8,3 % | 4,7 % | 1,2 %                  | 1,2 % | 1,2 % | 1,2 % | 4,8 %                        |

Tabell 3 Vekst i døgnbehandling og poliklinisk aktivitet – foretaksgruppen inkludert de private ideelle sykehusene, eks. det regionale helseforetaket.

I 2022 skjedde det en omfordeling av ISF-poeng fra BUP til VOP/TSB som en følge av reduserte vektene innen BUP relativt til VOP/TSB. Fallet i antall polikliniske opphold fra 2022 til 2023 skyldes endret tellemåte, da flere polikliniske diagnoser ble overført til STG (særtjenestegrupper). Dette ga store utslag i antall konsultasjoner, men det fikk ingen effekt på antall ISF-poeng.

### Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Styret vedtok som en planforutsetning at kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skulle øke minst på nivå med de frie driftsbevillingene. Dette er en videreføring av krav i oppdragsdokumentet for 2024 og gjelder på regionnivå.

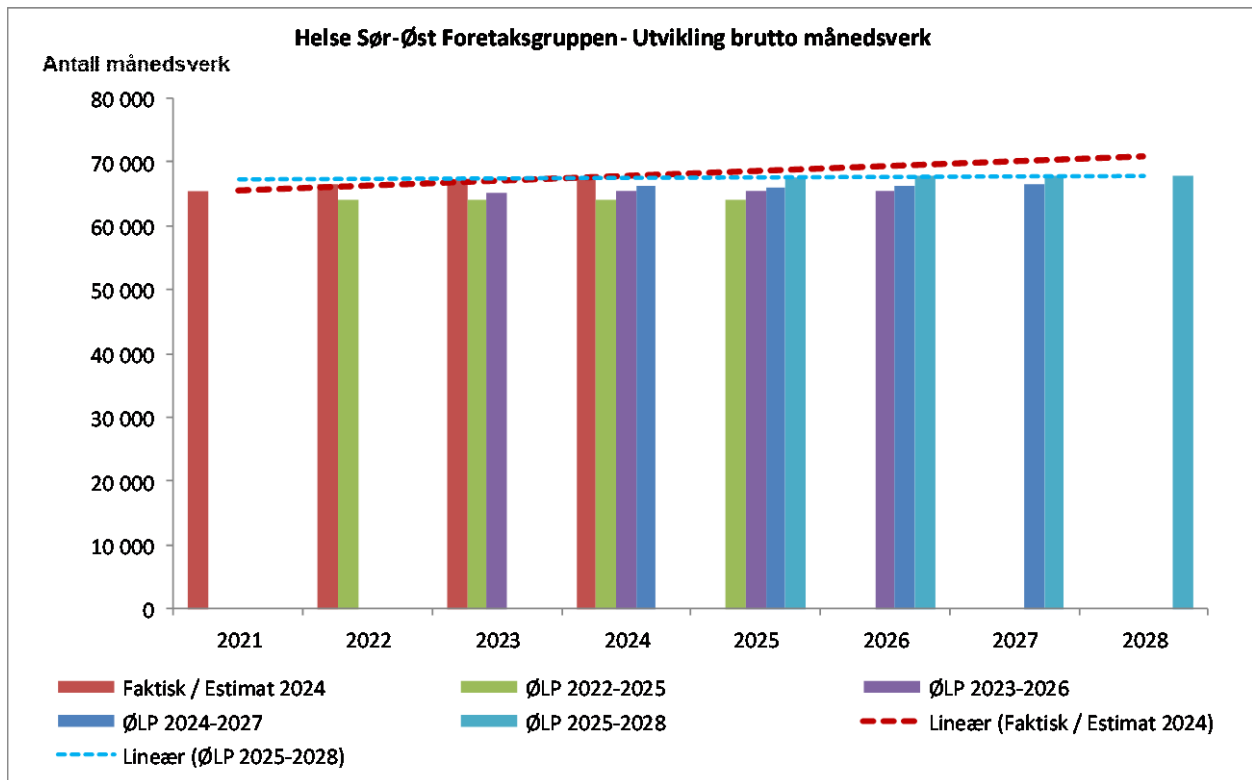
Psykisk helsevern er tjenesteområdet med høyest andel innleie av helsepersonell. Bruken av innleie skal begrenses, og helseforetakene har i tråd med dette budsjettet med en reduksjon. Flere av helseforetakene kommenterer i sine innspill at det er målkonflikt mellom krav til kostnadsøkning og mål om redusert innleie i psykisk helsevern. Også revidert inntektsmodell påvirker kostnadsutviklingen innenfor tjenesteområdene. Kostnader per tjenesteområde vil følges opp nærmere i arbeidet med budsjett 2025 for å påse oppfyllelse av de overordnede målene om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### Bemanning- og kompetanseplanlegging

Helseforetakene planlegger i sine innspill med en bemanningsøkning på 118 brutto månedsverk i 2025 sammenliknet med estimert bemanningsnivå per mars 2024.

Bemanningen øker med 0,7 prosent fra estimat 2024 til økonomisk langtidsplan 2028, tilsvarende 446 brutto månedsverk.

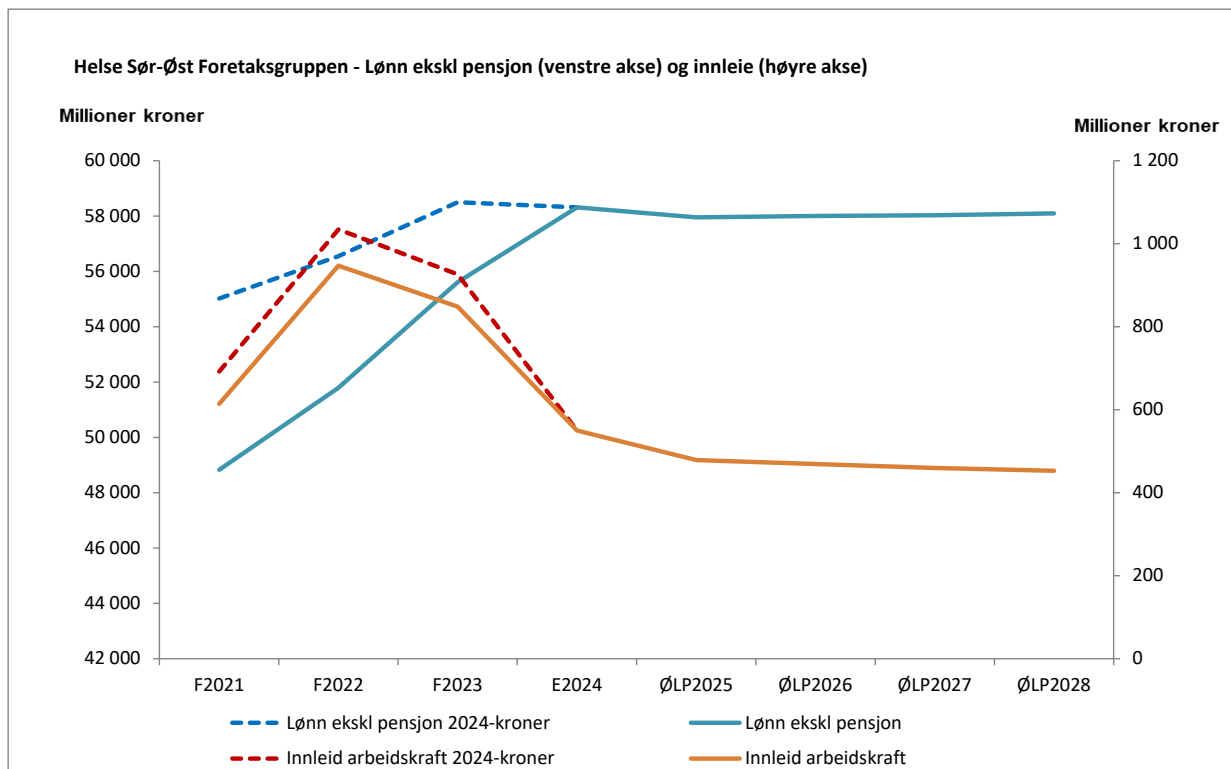
Figur 3 viser utviklingen i brutto månedsverk i økonomisk langtidsplan 2025-2028 og i tidligere økonomiske langtidsplaner. Figuren viser også tidligere års faktiske bemanning og estimat for 2024, der veksten har vært større enn planlagt. Dette må blant annet ses i sammenheng med aktivitetsvekst, særskilte oppdrag og høyere sykefravær.



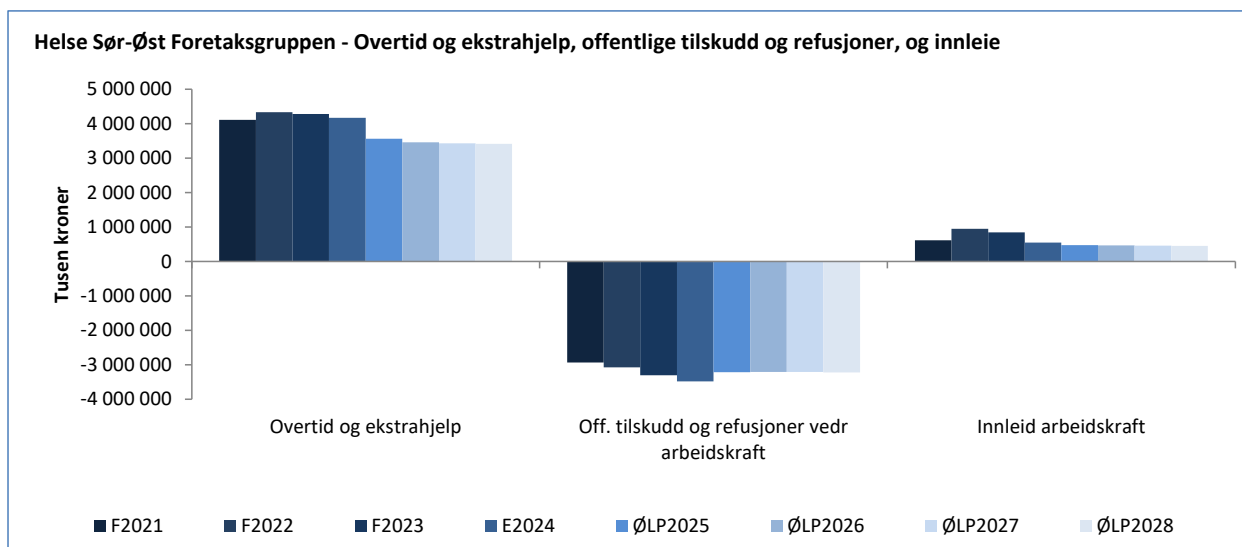
Figur 3 Utviklingen i brutto månedsverk i innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 sammenlignet med tidligere økonomiske langtidsplaner

Kostnader til innleie er i helseforetakenes innspill for 2025 og 2028 redusert med henholdsvis 13 prosent og 17,6 prosent sammenlignet med estimatet for 2024. Det er samtidig budsjettert med reduksjon i overtid og ekstrahjelp på henholdsvis 14,7 prosent og 18,2 prosent i 2025 og 2028 sammenlignet med estimatet for 2024. I sum viser innspillene at totale lønns- og innleiekostnader øker med 0,1 prosent fra estimat 2024 til 2028, se Figur 4. Det er i helseforetakenes innspill samtidig lagt til grunn en reduksjon i sykefraværet sammenlignet med det høye nivået som har vært etter pandemien. Dette bidrar til forventet lavere samlede lønns- og innleiekostnader enn hvis sykefraværet opprettholdes på det nåværende høye nivået.

Helseforetak budsjetterer ikke sykefravær i planperioden, men de budsjetterer refusjoner vedrørende arbeidskraft. Dette omfatter langtids sykemeldte og fødselspermisjoner. Figur 5 viser utvikling i overtid, ekstrahjelp, refusjoner og innleid arbeidskraft i perioden.



Figur 4 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon (venstre akse) og innleie (høyre akse) i innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028. Stiplede linjer er oppjustert til 2024-kr etter Spekters oversikt over lønnsvekst.



Figur 5 Utviklingen i lønn eksklusiv pensjon og innleie i innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 i nominelle kroner

I planforutsetningene ble det lagt til grunn at helseforetakene gjennomfører analyser av framtidig bemanningsbehov, og at disse følges opp med tiltak som styrker arbeidet med riktig bruk av personell og kompetanse med basis i ivaretagelse av forsvarlighetskravet. Det ble i sak 019-2024 gitt en særskilt oppmerksomhet på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og at dette måtte prioriteres i planperioden. Det utvikles modeller for bemanningsframskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som etter planen skal styrebehandles høsten 2024. Det pågår også et regionalt arbeid for å bistå helseforetakene med bemannings- og ressursplanlegging. Kravet i oppdrag og bestilling

for 2022 og 2023 om at antallet leger i spesialisering, LIS3 innen de psykiatriske spesialitetene skal øke, ble ikke løst, og det er forventet at helseforetakene forsterker arbeidet med å øke antall utdanningsstillinger innenfor dette området. Et tiltak for å bedre rekrutteringen til fagområdet er å koble LIS1-stillinger til et helhetlig utdanningsløp innen spesialiteten. Det er gitt særskilt finansiering for LIS1 for disse stillingene. Helseforetakenes arbeid med å koble LIS1 til LIS3 innen psykiatri vil følges opp.

Det vil være utfordrende å få tilstrekkelig tilgang på helsepersonell de kommende årene. Særlig vil dette kunne gjelde spesialistkompetanse, inklusiv økning av antall LIS3-stillinger innen psykisk helsevern. En ytterligere prioritering av hvilke områder og yrkesgrupper som skal ha bemanningsvekst, blir viktig for helseforetakene. Dreiningen fra døgn- til dagbehandling har medført en kraftig vekst i behandlerårsverkene (leger og psykologer). Denne veksten kan ikke videreføres, og det må ses på tiltak som gir bedre oppgavedeling mellom personellgrupper som underbygger en bredere bruk av tilgjengelig helsepersonell og mer kostnadseffektiv ressursbruk. Helseforetakenes innspill viser en total økning i månedsverk for LIS-leger fra i dag til 2028 på 82, tilsvarende 2,8 prosent. Tilsvarende viser innspillene en økning i månedsverk på psykologer på 146, noe som utgjør en økning på 5 prosent.

Helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan viser at det legges opp til en vekst i antall utdanningsstillinger for sykepleiere og læringer i planperioden, i tråd med de planforutsetningene styret har vedtatt for dette.

### **Produktivitetsutvikling**

Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4 *Tid for handling*) viste at framtidens økte behov for helsetjenester ikke kan løses med tilsvarende vekst i bemanning. Det økte behovet fordrer derfor en økt produktivitet for å opprettholde gode og likeverdige helsetjenester, samt styrket arbeid med prioritering av oppgaver. Prioritering må omfatte både nye oppgaver og oppgaver som gjøres i dag, og oppgaver som utføres i våre egne helseforetak og gjennom kjøp av private helsetjenester. Økt produktivitet kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT. For å håndtere økte kapitalkostnader og sparing til senere investeringer gjennom positive resultater, er vekst i produktivitet også nødvendig over tid.

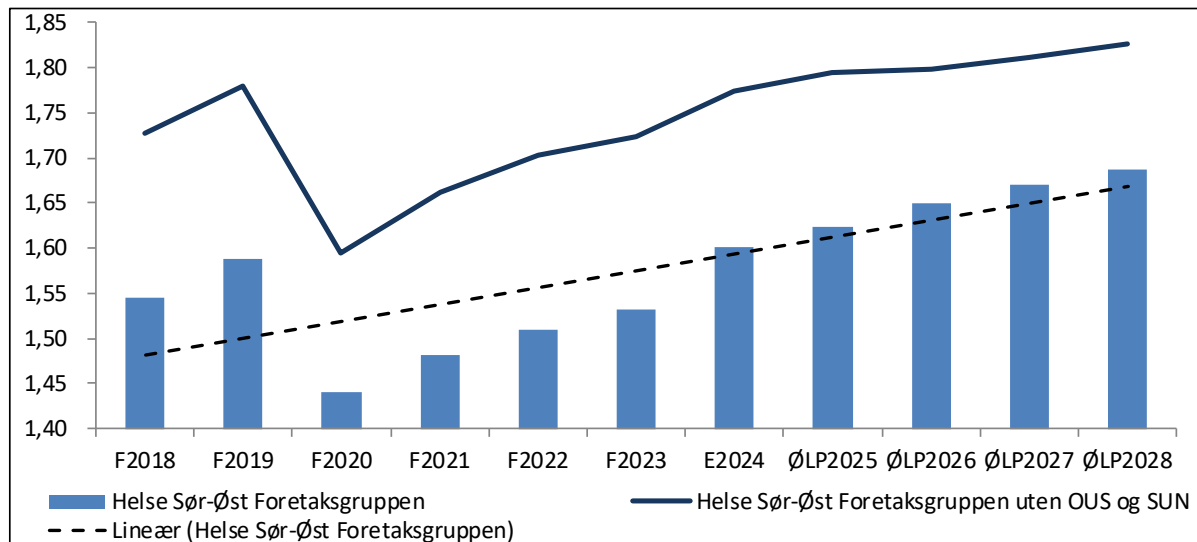
Det finnes ikke ett generelt produktivitetsmål som er egnet for å måle produktivetsutvikling for hele spesialisthelsetjenesten. Oslo Economics<sup>2</sup> har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert anslag på marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten. I rapporten som svarer ut oppdraget har de også gjort vurderinger av produktivetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten: «*Kostnads- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten tyder på at inflasjonsjusterte driftskostnader i spesialisthelsetjenesten samlet sett vokste mindre enn aktiviteten i perioden 2013–2019 og langt mer enn aktiviteten i perioden 2019–2022. For tiårsperioden samlet synes det ikke å ha vært en målbar produktivetsøkning. Utviklingen siden 2020 har vært påvirket av covid-19-pandemien, endringer i beredskapsbehov og midlertidige tilleggsbevilgninger.*» De viser i sin rapport til at medisinsk inflasjon, dvs. endringer i kvalitetskrav, nye teknologier og behandling av sykere pasienter som over tid kan gjøre behandling dyrere å gjennomføre, har en nettovirkning på den normale produktivetsutviklingen<sup>3</sup>. Oslo Economics definerer netto produktivetsutvikling som kombinasjonen av normal produktivetsutvikling og medisinsk inflasjon, reflektert gjennom

<sup>2</sup> *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten – Analyse utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet (2024)* Oslo Economics

<sup>3</sup> Normal produktivetsutvikling: Det som følger av gradvis effektivisering av prosesser og bruk av innsatsfaktorer over tid

endringer i gjennomsnittskostnad for behandling over tid. De mener det er tydelig tegn på at gjennomsnittskostnaden i spesialisthelsetjenesten økte i perioden 2013-2022.

På bakgrunn av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 kan ulike mål for produktivitet utvikling beregnes. Det målet som Helse Sør-Øst har benyttet i tidligere langtidsplaner, er utviklingen i ISF-produktivitet for somatikk<sup>4</sup>, antall ISF-poeng per brutto månedsverk, for alle helseforetak med pasientbehandling. Den viser en jevn og positiv utvikling. Se figur 6:



Figur 6 Produktivitet med faktiske tall i årene 2018-2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025-2028

I de to årene før pandemien, 2018 og 2019, var det en økning i den budsjetterte bemanningen i økonomiske langtidsplan til budsjett for det respektive år. Tilsvarende var den faktiske bemanningen høyere enn budsjett. Dette skjedde på samme tid som helseforetakene i stor grad oppnådde sine resultatmål. Dette var mulig som følge av høyere aktivitet enn planlagt, merinntekter knyttet til andre driftsinntekter samt besparelser i andre driftskostnader.

<sup>4</sup> Arbeidsproduktivitet (ISF-produktivitet) viser forholdet mellom aktivitet (ISF-poeng) og ressursbruk (antall brutto månedsverk). ISF-poengene i disse beregningene omfatter behandling av alle pasienter, herunder pasienter fra andre helseregioner (gjestepasienter). ISF-poengene er videre korrigert for ISF-poeng for legemidler, da disse poengene ikke er direkte knyttet til ressursinnsatsen i pasientbehandlingen i og med at det er egen finansiering av legemiddelkostnadene. ISF-poengene beregnes basert på systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG), et pasientklassifiseringsystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

### **Diagnose relaterte grupper (DRG) og innsatsstyrt finansiering (ISF)**

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i underkant av 1 000 diagnoserelaterte grupper, basert på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 9 000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjemativering og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittskostnaden. Utbetalingene til de regionale helseforetakene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

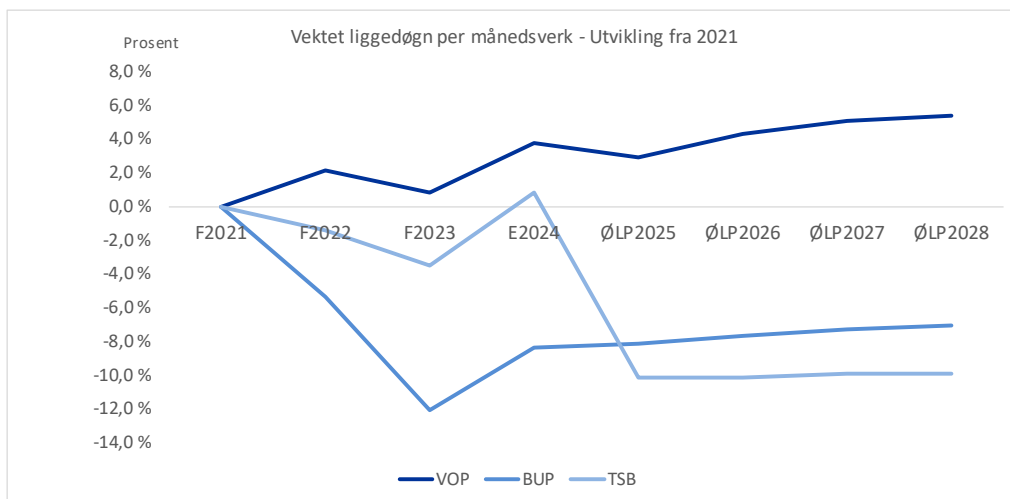
- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med tilsvarende kostnadsvekt. Utbetalingene gjennom ISF skal baseres på reell aktivitet basert på rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet forvalter ISF-ordningen. Hverken DRG-systemet eller ISF-ordningen sier noe om kvaliteten i pasientbehandlingen.

For årene 2020, 2021 og delvis 2022 var driften sterkt preget av pandemien. Det ble satt inn ekstra ressurser i samtlige helseforetak for å håndtere den ekstraordinære situasjonen, og situasjonen ble bl.a. finansiert gjennom engangsbevilgninger fra Stortinget. Det ble arbeidet med tiltak i helseforetakene i 2023 for å tilpasse ressursbruken til aktivitetsnivået, samtidig som aktiviteten måtte økes. Tiltaksarbeidet pågår i 2024.

Aktivitetsveksten fra estimat 2024 til 2028 legger opp til økt produktivitet innen psykisk helsevern, se figur 7 og tabell 4. Utviklingen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er negativ i planperioden. I produktivitetens målet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vektet liggedøgn høyere enn poliklinikk. Dersom antallet liggedøgn reduseres, vil ikke nødvendigvis produktiviteten opprettholdes på samme nivå selv om antall polikliniske konsultasjoner økes. Antall månedsværk reduseres ikke innenfor TSB, da månedsværkene kun inkluderer foretaksgruppen, mens aktiviteten også inkluderer kjøp av private helsetjenester. Fallet i BUP fra 2022 til 2023 skyldes i hovedsak endret tellemåte, da flere polikliniske diagnoser ble overført til STG (særtjenestegrupper). Dette ga store utslag i antall konsultasjoner. Det er i planperioden i helseforetakenes innspill budsjettert med en vekst i antall vektete liggedøgn i BUP. Den budsjetterte utviklingen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling reflekterer i stor grad innspillet til det regionale helseforetaket og den planlagte anskaffelsen av privat behandlingsskapasitet. Det gir en reduksjon i antall vektete liggedøgn fra 2024 til 2025. Helse Sør-Øst RHF gjorde i 2022 en behovsvurdering innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der det ble gitt en tilrådning om å bygge opp behandlingstilbudene ved helseforetakene og en omstrukturering og faglig utvikling av behandlingstilbudene som anskaffes fra private virksomheter. Det er planlagt med en vekst i inntektsgivende polikliniske opphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved helseforetakene i planperioden, jf. tabell 2.





Figur 7 Utvikling i vektet liggedøgn per månedsværk for psykisk helsevern og TSB målt fra 2021

| Vektet liggedøgn per månedsværk        | 2021  | 2022  | 2023  | E2024 | Økonomisk langtidspan |       |       |       | Endring E2024 - 2025 | Endring E2024 - 2028 |
|--|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|----------------------|----------------------|
|  |       |       |       |       | 2025                  | 2026  | 2027  | 2028  |                      |                      |
| Psykisk helsevern for voksne           | 67,3  | 68,7  | 67,8  | 69,8  | 69,2                  | 70,2  | 70,7  | 70,9  | -0,8 %               | 1,6 %                |
| Psykisk helsevern for barn og unge     | 52,3  | 49,5  | 45,9  | 47,9  | 48,0                  | 48,2  | 48,5  | 48,6  | 0,3 %                | 1,4 %                |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 227,2 | 224,0 | 219,3 | 229,0 | 204,1                 | 204,2 | 204,7 | 204,6 | -10,9 %              | -10,6 %              |

Tabell 4 Utvikling i vektet liggedøgn per månedsværk for psykisk helsevern og TSB.

### Utvikling i resultat og driftsresultat (EBITDA)

Foretaksgruppens økonomiske handlingsrom for planlagte og nødvendige investeringer kan uttrykkes gjennom to sentrale måltall, resultatgrad og driftsresultat justert for avskrivninger og nedskrivninger (EBITDA) <sup>5</sup>:

- Mål om resultatgrad på 2,5 prosent er satt for å kunne reinvestere i arealer, teknologi og utstyr over tid.
- Over tid må driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) vokse i takt med den relevante inflasjonsfaktoren for ikke å svekke helseforetakenes investeringsevne. Spesialisthelsetjenestens inntekter justeres årlig med statsbudsjettets deflator.
- Med utgangspunkt i resultatgradmålet og forutsetningen om samlet tildeling til drift og kapital i inntektssystemet bør EBITDA utgjøre 8,5 prosent over tid for foretaksgruppen.

Tabell 5 viser resultatutviklingen som er lagt til grunn i årets økonomiske langtidspan. Det presiseres at tilleggsbevilgningene i forslag til revidert nasjonalbudsjett ikke er innarbeidet.

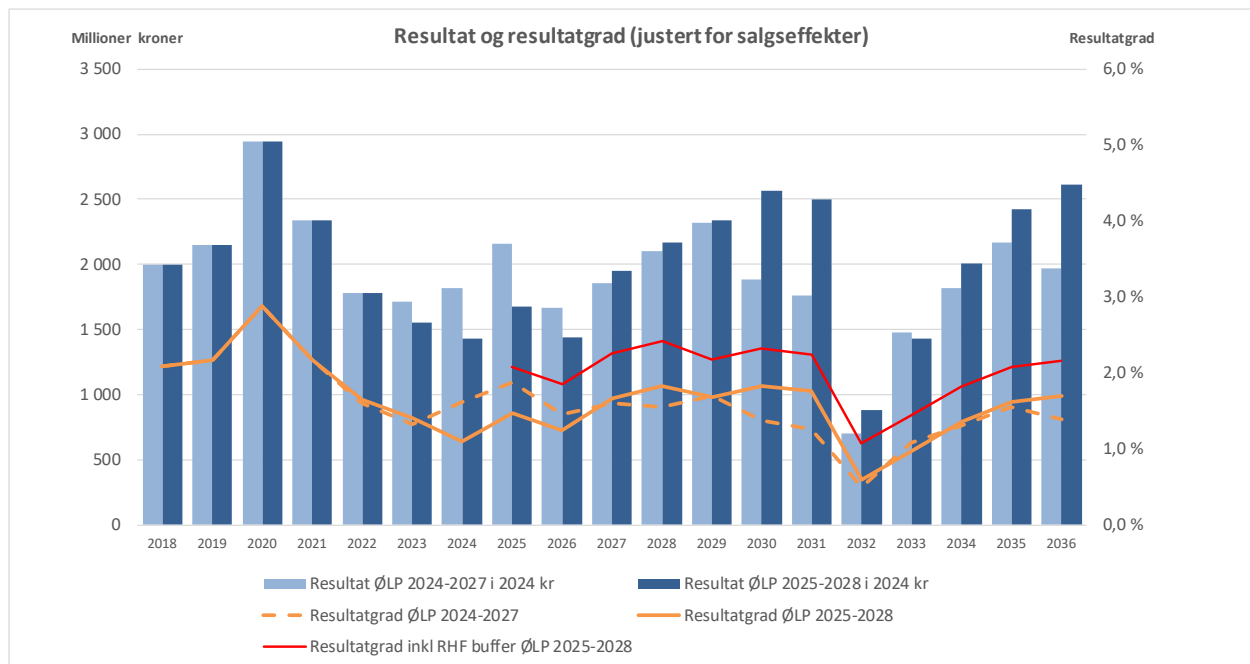
<sup>5</sup> Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger. I økonomisk langtidspan blir det i tillegg korrigert for salgsgvinster og utsatt inntekt, og måltallet blir forenklet kalt «driftsresultat før avskrivninger». Denne måten å måle resultat på er særlig nyttig for helseforetak som har planlagt eller gjennomført store investeringer, for å få et bedre mål på hvor økonomisk god den underliggende driften er.

| Resultatutvikling  | 2021  | 2022  | 2023  | E2024 | Økonomisk langtidsplan |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|------------------------|-------|-------|-------|
|  |       |       |       |       | 2025                   | 2026  | 2027  | 2028  |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen                                    | 2 080 | 1 671 | 1 490 | 1 271 | 1 676                  | 1 434 | 1 945 | 2 166 |
| Herav helseforetak med pasientbehandling                         | 1 212 | 700   | -189  | 536   | 862                    | 721   | 1 205 | 1 422 |
| Herav helseforetak uten pasientbehandling inkl Helse Sør-Øst RHF | 867   | 970   | 1 678 | 735   | 814                    | 713   | 740   | 744   |

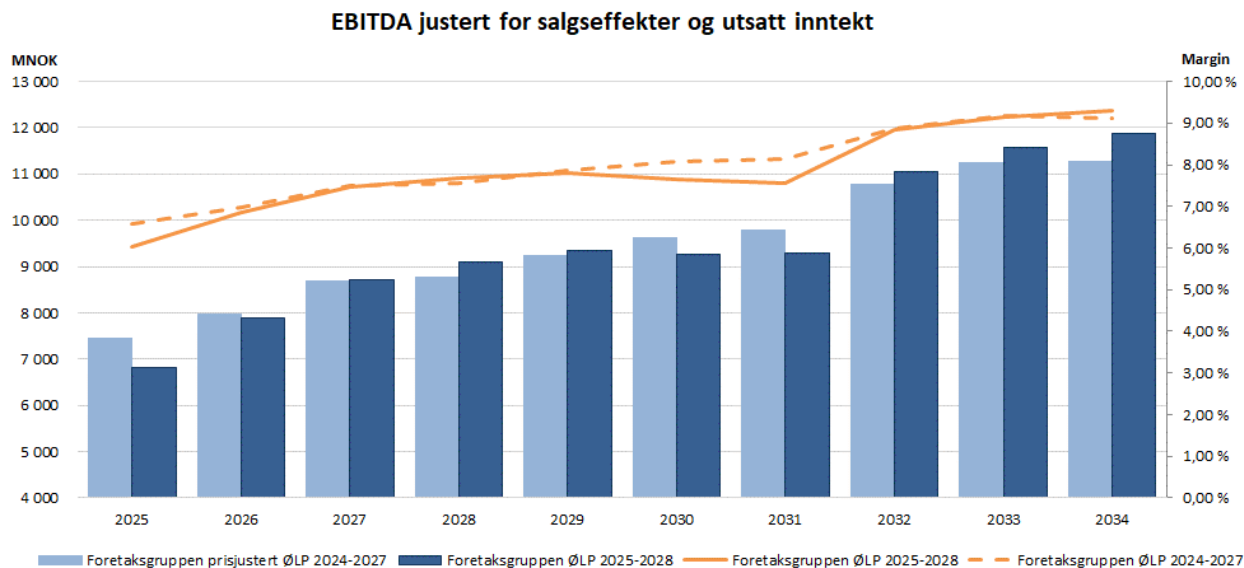
Tabell 5 Resultatutvikling (korrigert for salgsgjester) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2021–2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025–2028

Figur 8 og figur 9 viser resultatutviklingen for foretaksgruppen i millioner kroner (søyler), samt resultatgrad og EBITDA-margin (kurver), sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med salg av Ullevål sykehus i perioden 2032-2036. I grafene er slike salgseffekter tatt ut, for bedre å kunne sammenligne de underliggende resultatene. Resultatgraden for foretaksgruppen øker i perioden og er på 1,6 prosent i 2028. Ambisjonen om en resultatgrad på 2,5 prosent nås ikke i planperioden. Dersom regional resultatbuffer på 700 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF ikke kommer til anvendelse, bedres imidlertid resultatgraden til 2,1 prosent i 2028.

En sammenligning mot de budsjetterte resultatene i økonomisk langtidsplan 2024–2027 viser at resultatambisjonene er noe redusert i 2025 og 2026, for så å øke i de øvrige årene. Helseforetakene viser til økende utfordringer med å oppnå planlagte driftsresultater i 2024, noe som reduserer resultatene i inngangen til planperioden. Det presiseres at tilleggsbevilgningene i forslag til revidert nasjonalbudsjett ikke er innarbeidet.



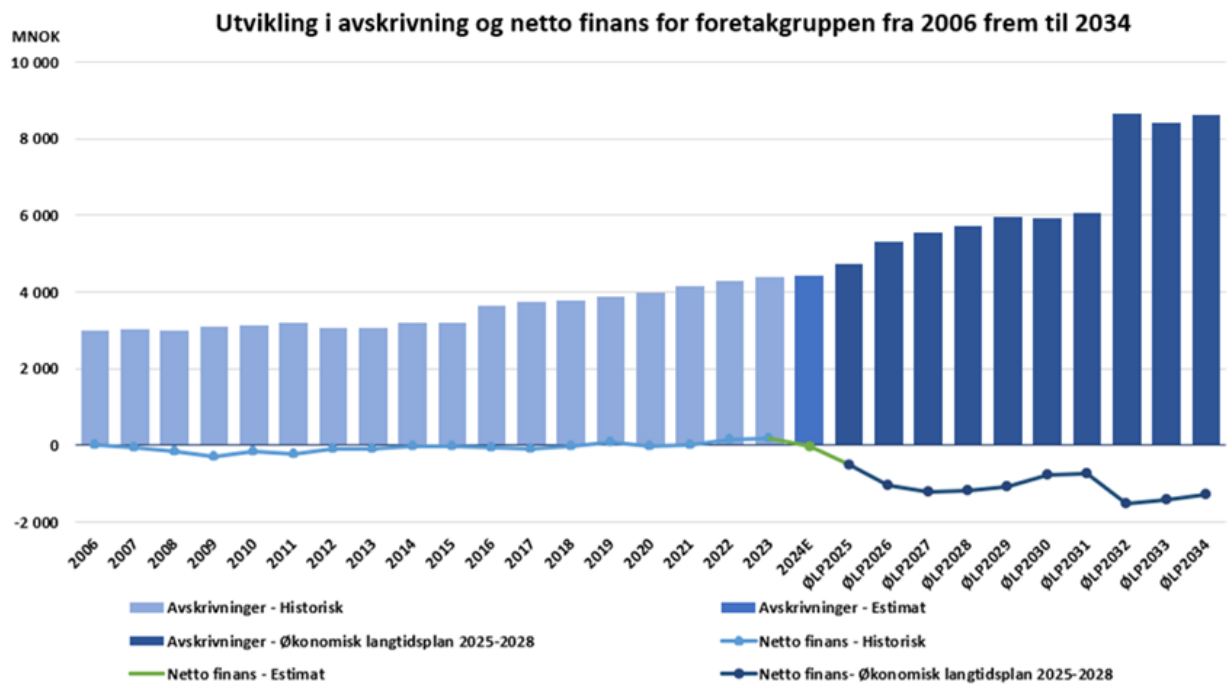
Figur 88 Resultatutviklingen for foretaksgruppen (venstre akse), samt resultatgrad (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2025-2028 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027 (2024-kr).



Figur 9 Driftsresultat (EBITDA) for foretaksgruppen (venstre akse), samt EBITDA-margin (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2025-2028 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027 (2024-kr)

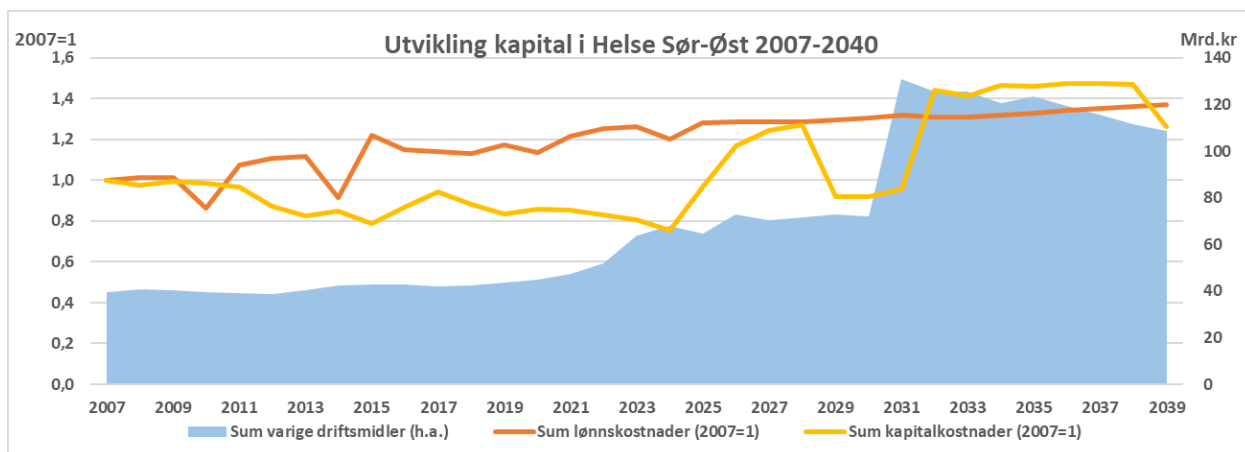
Helseforetakenes innspill viser svakere utvikling i foretaksgruppens driftsresultat før avskrivninger i perioden 2025-2028 og videre fram mot 2031, justert for deflator. I det lengre perspektivet viser innspillene en forventet bedring sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

Driftsresultatet (EBITDA) skal finansiere kapitalkostnadene, i form av renter og avskrivning. I figur 10 fremstilles utviklingen i disse størrelsene i foretaksgruppen over nær tre tiår. Det har i reelle termer vært om lag nullvekst i avskrivninger siden 2006, men dette budsjetteres å øke vesentlig ved ferdigstilling av de store prosjektene som er under bygging. Netto renteresultat har vært svakt positivt de senere årene, men snur til en betydelig netto rentekostnad, drevet av lavere bankinnskudd, betydelig vekst i belåningsgrad, samt store pensjonspremieavvik som er finansiert med rentebærende driftskreditt.



Figur 10 Sum avskrivninger og renteresultat Helse Sør-Øst 2006F-2034ØLP. Den store økningen fra 2031 til 2032 skyldes forventet ibruktakelse av nye Rikshospitalet og nye Aker mot slutten av 2031.

I figuren nedenfor er det fremstilt hvordan størrelsene sum lønn, sum kapitalkostnader i form av renter og avskrivninger, samt balanseførte sum eiendeler har utviklet seg i siden 2007 og frem til 2040 jfr. innspill til økonomisk langtidsplan. Tallstørrelsene for lønn og kapitalkostnader er prisjustert til 2024-kroner med statsbudsjettets deflator for helse. Fremstillingen viser at samlede lønnskostnader har vokst mer enn kapitalkostnader siden Helse Sør-Øst ble etablert. Det er fremover ventet en økning i kapitalkostnader som følge av økt rentenivå samt ferdigstilling av investeringsprosjekter.

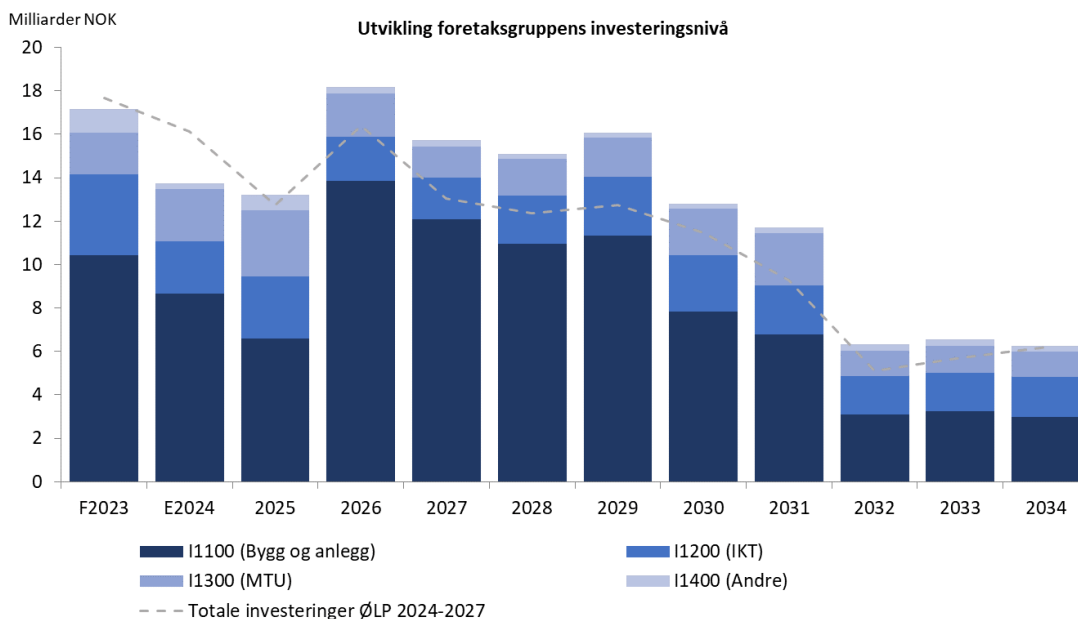


## 2.2 Helseforetakenes innspill – investeringer: bygg, IKT og MTU

### Samlet investeringsnivå i økonomisk langtidsplan

Helseforetakene skal i tråd med planforutsetningene legge til rette for at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Det skal også tilrettelegges for investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for å modernisere og fornye utstyrsparken, økte investeringer i IKT, samt økt nivå på investeringer i bygningsmessig vedlikehold.

Investeringsnivået i innspillene til årets langtidsplan er høyere enn i styresak 099-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024–2027*. Figur 12 viser samlet investeringsnivå fra helseforetakenes innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen, fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer. Hensyntatt indeksregulering av byggekostnadene er økningen i investeringsnivået om lag 9,1 milliarder kroner fram til 2034 i helseforetakenes innspill sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Innspill til investeringer i planperioden ligger samlet på 62,2 milliarder kroner i 2025-2028, og i perioden 2025-2034 er det spilt inn et samlet investeringsnivå på 122,0 milliarder kroner. Basert på innspillene reduseres det årlige investeringsnivået etter 2032 som følge av at store investeringsprosjekter gradvis ferdigstilles. Styret vil få seg forelagt en samlet vurdering og forslag til prioritering av de innmeldte investeringsprosjektene i styresaken til møtet 21. juni.



Figur 12 Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen basert på helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 fordelt på investeringskategori (tall i milliarder kroner, 2024-kr), sammenlignet med fjorårets langtidsplan (stiplet linje, NB 2023-kr).

Det er flere effekter som forklarer økningen på 9,1 milliarder kroner i 2025-2034:

- IKT-prosjekter i regionen er økt i omfang med 1,2 milliarder kroner. Det er i perioden 2025-2034 i innspillet fra Sykehuspartner HF lagt inn et økt investeringsnivå på 1,6 milliarder kroner i delportefølje infrastruktur (tidl. STIM) – hovedsakelig i årene etter 2028, samt en reduksjon i øvrige driftsinvesteringer og en økning i regional IKT-portefølje på 0,3 milliarder kroner.
- Helseforetakene har gitt innspill på nye prosjekter for 1,7 milliarder kroner. Dette er knyttet til universitetsarealer i Akershus universitetssykehus HF på 0,6 milliarder

kroner og ombygging ved Diakonhjemmet Sykehus på i underkant av 0,2 milliarder kroner, samt innspill på etablering av prosjekt for kapasitets- og funksjonstilpasning bygg Kristiansand ved Sørlandet sykehus HF for 0,9 milliarder kroner.

- Enkelte prosjekter i helseforetakenes innspill til langtidsplanen har økning utover indeksregulering gjennom vedtak av nye styrings- eller planleggingsrammer sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Inkludert effekt av endret pådragsprofil summeres dette til om lag 6,2 milliarder kroner. Dette gjelder:
  - Innarbeidet investeringsanslag fra konseptfasens steg 1 for videreutvikling Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset) på 12,9 milliarder kroner. Korrigert for indeksregulering av byggekostnadene utgjør dette en økning på 1,0 milliarder kroner. Det er også lagt inn 0,1 milliarder kroner i økt omfang for ombygginger i eksisterende sykehus i ny struktur. Den pågående prosjektutredningen for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (Mjøssykehuset) viser foreløpig en vesentlig økning i areal og kostnader ut over planleggingsrammen fra konseptfasens steg 1 (se sak 102-2022 *Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*). Dette er ikke inkludert i innspillene til økonomisk langtidsplan. I innspillet fra Sykehuset Innlandet HF ligger prosjektet med planlagt lånesøknad i 2024 og forprosjekt i 2026. I lys av prosjektets status og fremdrift, vil dette bli endret i endelig økonomisk langtidsplan 2025-2028.
  - Oppdatert styringsramme etter konseptfasen for nytt akutthbygg Kristiansand med 0,6 milliarder kroner (se også sak 134-2023 *Sørlandet sykehus HF – konseptfase for akutthbygg Kristiansand*)
  - Oppdatert planleggingsramme for nytt stråle- og somatikkbygg ved Sykehuset Østfold HF med ca. 1,5 milliarder kroner (se også sak 028-2024 *Sykehuset Østfold HF – videreføring til konseptfase steg 2 for stråle- og somatikkbygg Kalnes*)
  - Oppdatert planleggingsramme, pådragsprofil og prosjektsammensetning for nytt kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF utgjør til sammen 3,0 milliarder kroner målt for perioden frem til 2034, eller 1,7 milliarder kroner for hele prosjektet til og med 2039. Prosjektet er i innspillet lagt inn med en tre-trinns utbygging, med ferdigstilling i 2033. Fremdriften er raskere enn lagt til grunn i fjorårets langtidsplan. Av økningen i prosjektet utgjør utbygging av universitetsarealer 0,6 milliarder kroner. I tillegg har de tre trinnene til sammen økt i omfang med om lag 1,1 milliarder kroner. Se også sak 029-2024 *Akershus universitetssykehus HF - videreføring til konseptfase steg 2 for kreft- og somatikkbygg*.

### **Store byggeprosjekter**

Helseforetakenes innspill viser følgende regionalt prioriterte prosjekter:

| Helseforetak                    | Prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt) | Styringsramme (P50) i 2024-kr, milliarder kroner | Gjennomføringsfase |            | Finansiering, fase          |
|---------------------------------|--|--|--------------------|------------|-----------------------------|
|                                 |  |  | Oppstart           | Tas i bruk |                             |
| Akershus universitetssykehus HF | Samling av sykehusbasert psykisk helsevern       | 1,0  | 2023               | 2026       | Regional, gjennomføring     |
|                                 | Kreft- og somatikkbygg T0*                       | 0,9  | 2025               | 2028       | Regional, konsept           |
|                                 | Kreft- og somatikkbygg T1*                       | 0,7  | 2026               | 2030       | Regional, konsept           |
|                                 | Kreft- og somatikkbygg T2*                       | 3,1  | 2029               | 2033       | Regional, konsept           |
| Oslo universitetssykehus HF     | Nye Aker og nye Rikshospitalet                   | 44,1   | 2022               | 2031       | Regional, gjennomføring     |
|                                 | Ny sikkerhetspsykiatri                           | 2,1  | 2022               | 2026       | Regional, gjennomføring     |
|                                 | Livsvitenskapsbygget, inkludert MTU og O-IKT     | 5,1  | 2019               | 2027       | Finansiell leie, gj.føring  |
|                                 | Nye Aker og nye Rikshospitalet etappe 2          | 6,7  | 2029               | 2035       | Regional, pre-prosjektering |
|                                 | Nye Rikshospitalet - Rokade C1                   | 0,8  | 2023               | 2024       | Lokal, gjennomføring        |
| Sunnaas sykehus HF              | Byggetrinn 3                                     | 0,6  | 2023               | 2027       | Regional, konsept           |
| Sykehuset Innlandet HF          | Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF        | 13,1   | 2025               | 2030       | Regional, konsept           |
| Sykehuset Telemark HF           | Utbygging somatikk Skien inkludert strålebygg    | 1,4  | 2022               | 2027       | Regional, forprosjekt       |
| Sykehuset Østfold HF            | Stråle- og somatikkbygg Kalnes**                 | 4,0  | 2027               | 2029       | Regional, konsept           |
| Sørlandet sykehus HF            | Akuttbygg Kristiansand                           | 1,9  | 2024               | 2028       | Regional, konsept           |
| Vestre Viken HF                 | Nytt sykehus i Drammen (NSD) - inkl. tomt        | 15,6   | 2021               | 2025       | Regional, gjennomføring     |

\* beløp innarbeidet i ØLP 2025-2027. Styringsramme fastsettes i konseptfase, steg 2

\*\*innarbeidet alt. 3B fra konseptfase steg 1. Styringsramme fastsettes i konseptfase, steg 2

Tabell 6 Regionale prosjekter i Helse Sør-Øst, helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028

## IKT-investeringer

Totale årlige IKT-investeringer er i innspillet til økonomisk langtidsplan om lag 2,1 milliarder kroner i gjennomsnitt i perioden 2025 til 2028, se tabell 7. Nivået er basert på økonomisk langtidsplan 2024-2027, men justert for Sykehuspartner HF sitt innspill og endringer i ikke-byggnær IKT.

- Delportefølje infrastruktur (tidligere STIM) utgjør i gjennomsnitt i overkant av 300 millioner kroner.
- Delportefølje regional IKT utgjør i gjennomsnitt rundt 600 millioner kroner.
- Øvrige driftsinvesteringer utgjør om lag 500 millioner kroner.
- Lokal IKT bokført i Sykehuspartner HF øker på grunn av behov for oppgradering av møterom på helseforetakene og rolletelefoner fra et nivå i økonomisk langtidsplan 2024-2027 på rundt 100 millioner kroner årlig økende til et nivå på 370 millioner kroner i 2028.
- Ikke-byggnær IKT følger framdriften i byggeprosjektene og utgjør i gjennomsnitt i innspillet til økonomisk langtidsplan nærmere 400 millioner kroner årlig.

Innspillet fra Sykehuspartner HF vil bli vurdert opp mot øvrige investeringsbehov fram mot forslag til endelig økonomisk langtidsplan.

| IKT-området investering                       | F2023        | B2024        | Økonomisk langtidsplan 2025-2028 |              |              |              |
|---|--------------|--------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
|   |              |              | 2025                             | 2026         | 2027         | 2028         |
| Regionale kjernesystemer                      | 736          | 733          | 550                              | 540          | 540          | 540          |
| Regionale forbedringstiltak                   | 126          | 172          | 190                              | 190          | 190          | 190          |
| Reduksjon ØLP 2024-2027 og periodisering 2024 |              |              | -100                             | -150         | -150         | -100         |
| <b>Sum regional IKT</b>                       | <b>862</b>   | <b>905</b>   | <b>640</b>                       | <b>580</b>   | <b>580</b>   | <b>630</b>   |
| Driftsinvesteringer                           | 542          | 562          | 482                              | 482          | 519          | 492          |
| Delportefølje infrastruktur (tidl. STIM)      | 377          | 437          | 317                              | 405          | 296          | 283          |
| Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF   | 120          | 117          | 215                              | 225          | 280          | 370          |
| <b>Sum Sykehuspartner HF</b>                  | <b>1 039</b> | <b>1 116</b> | <b>1 014</b>                     | <b>1 112</b> | <b>1 095</b> | <b>1 145</b> |
| Lokale IKT-investeringer, helseforetakene     | 152          | 26           | 25                               | 25           | 25           | 25           |
| <b>Delsum før ikke-byggnær IKT</b>            | <b>2 053</b> | <b>2 047</b> | <b>1 679</b>                     | <b>1 717</b> | <b>1 700</b> | <b>1 800</b> |
| <b>Ikke-byggnær IKT</b>                       | <b>215</b>   | <b>408</b>   | <b>601</b>                       | <b>297</b>   | <b>223</b>   | <b>376</b>   |
| <b>Sum IKT-investeringer</b>                  | <b>2 268</b> | <b>2 455</b> | <b>2 280</b>                     | <b>2 014</b> | <b>1 923</b> | <b>2 176</b> |

Tabell 7 Utvikling i investeringer innen IKT-område i millioner kroner basert på økonomisk langtidsplan 2024-2027 justert for Sykehuspartner HF's innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 og endringer i ikke- byggnær IKT.

Behov og strategiske føringer for IKT-området er basert på *Regional utviklingsplan 2040* for Helse Sør-Øst og regional delstrategi for teknologiområdet, jf. styresak 032-2023.

### Investeringer, driftskostnader og gevinstrealisering innen IKT

Satsingen innen IKT-området stiller krav til effektiv ressursbruk, god organisering, involvering av kliniske fagmiljøer og riktige prioriteringer for å kunne realisere forventede gevinster og effekter. Alle prosjektene inkluderer gevinstrealiseringsplaner som anslår gevinstpotensial i Sykehuspartner HF og helseforetakene. I planperioden er det mange IKT-løsninger som skal tas i bruk, og tjenestepreisen innen IKT vil øke. Det påligger Sykehuspartner HF et ansvar for kontinuerlig å omstille driften for å kunne drifte, forvalte og videreutvikle systemene på en god og mest mulig effektiv måte. Helseforetakene har ansvar for å ta i bruk de ulike løsningene som forutsatt og bidra til å realisere ambisjonene som ligger til grunn for gevinstrealiseringsplanene. Gevinstrapport for den regionale porteføljen fremlegges for porteføljestyret og viser status for ulike måleindikatorer for noen av løsningene. Rapporten er under utvikling og inneholder foreløpig ikke kvantifiserte økonomiske effekter.

### Bygningsmessig vedlikehold

Foretaksgruppen forvalter en eid bygningsmasse på om lag 2,5 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdiene av eiendomsmassen er 30,8 milliarder kroner. Funksjonelle bygg og en effektiv eiendomsforvaltning er viktige faktorer for å kunne drive god pasientbehandling og tilby gode helsetjenester. Videre må forvaltning, drift og vedlikehold av eiendommene bidra til god ressursutnyttelse. Generelt er det for alle helseforetakene behov for økte investeringer til vedlikehold. De planlagte regionale byggeprosjektene vil innebære at om lag 25 prosent av bygningsmassen fornyes.

Helseforetakene foretar hvert fjerde år en kartlegging av bygningsmassens tilstand som grunnlag for å kunne estimere vedlikeholdsbehov. Det pågår en kartlegging i 2024. Det har frem til siste kartlegging i 2020 vært en gradvis økning i andelen bygningskomponenter med tilstandsgrad 2 (utilfredsstillende tilstand), mens bygningskomponenter med tilstandsgrad 3 (dårlig/meget dårlig tilstand) har vært stabil. Helseforetakene har etablert tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for bygninger i tilstandsgrad 2 og 3.



Helseforetakene har ulike tilstandsgrader for sin bygningsmasse og dermed ulikt behov for investeringer. Midler som settes av må gjenspeile behovet. For å opprettholde teknisk tilstand på porteføljen av sykehuseiendommer er helseforetakene bedt om å legge til grunn et normtall for vedlikehold på 350 kroner per kvadratmeter per år. Innspillene viser at midler til vedlikehold og utskiftning i løpet av en femårsperiode varierer mellom helseforetakene, og selv om gjennomsnittet er 311 kroner per kvadratmeter, er planforutsetningen oppnådd for de fleste helseforetakene. Enkelte helseforetak, som Oslo universitetssykehus HF, har innarbeidet et lavere nivå, men har samtidig mange nye bygg under oppføring. Likevel vil et nivå under 350 kroner per kvadratmeter i enkeltår ikke bidra til å redusere vedlikeholdsetterslep, og helseforetakene påpeker i sine innspill utfordringer med å gi tilstrekkelig prioritet til dette området som følge av svekkede økonomiske resultater.

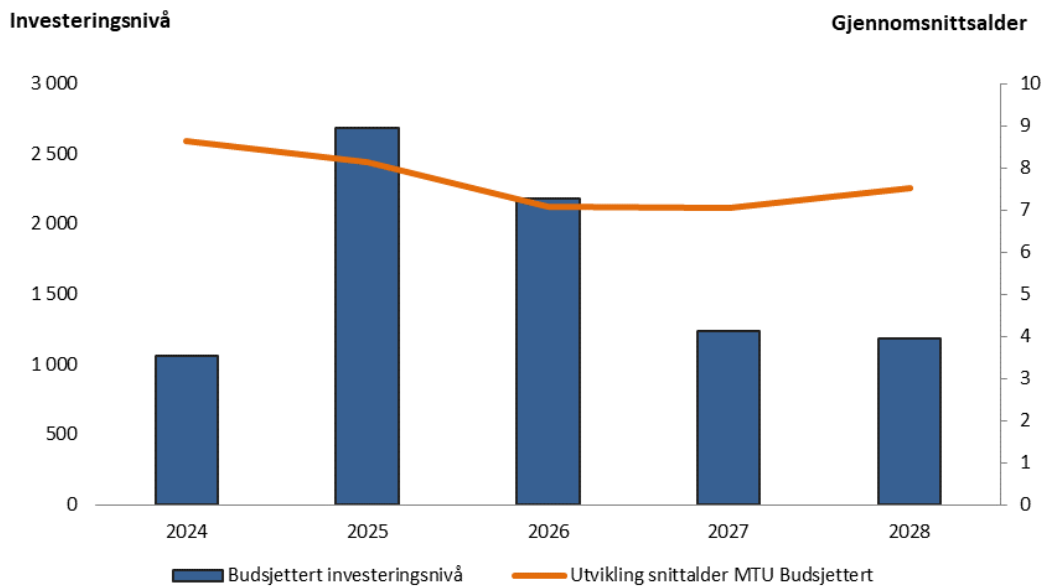
I styresak 055-2022 *Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst* besluttet styret å innføre en kostnadsdekkende helseforetaksintern husleieordning for foretaksgruppen med virkning fra 1. januar 2023. Husleieordningen skal bidra til mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, og er nå startet opp i alle helseforetak. Det er igangsatt en begrenset evaluering av erfaringene fra 2023, og det vil bli igangsatt en grundig evaluering etter tre år. Styret vil etter planen bli forelagt en sak knyttet til evalueringen av erfaringene fra 2023 på slutten av 2024.

### **Medisinsk-teknisk utstyr**

Gjennomsnittlig alder på medisinsk-teknisk utstyr er 8,9 år ved inngangen til 2024 for regionen sett under ett. Dette er en økning på 0,2 år sammenlignet med fjoråret. Verdivektet gjennomsnittlig alder var 7,4 år 1. januar 2024, mens den 1. januar 2023 var 7,6 år dvs. et fall på 0,2 år sammenlignet med fjoråret. Investeringsnivået i medisinsk teknisk utstyr vil øke som følge av nye bygg i særlig i 2025 og 2026, noe som vil bidra til å redusere alderen på utstyrsparken i planperioden. Sammenlignet med fjorårets økonomiske langtidsplan er det totalt budsjettert med en eldre utstyrspark de neste årene, selv om det fortsatt budsjetteres med lavere gjennomsnittlig alder på utstyret.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at helseforetakene planlegger med et samlet investeringsnivå på 7,3 milliarder kroner til medisinsk-teknisk utstyr i perioden 2025–2028, med en topp i 2025 på grunn av investeringer i nytt sykehus i Drammen og ved Radiumhospitalet. Dette vil bidra til en reduksjon i gjennomsnittsalder. En annet viktig forutsetning for dette arbeidet i regionen er samlet oversikt og felles strukturert innkjøpspraksis for hoveddelen av utstyret. Arbeidet i Regionalt kompetansesenter for samordning av anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr (RKMTU) er en viktig del av Helse Sør-Øst sitt arbeid for planmessig vedlikehold og fornyelse av medisinsk-teknisk utstyr.

Figur 13 viser utvikling i gjennomsnittsalder slik helseforetakene har planlagt i økonomisk langtidsplan 2025–2028.



Figur 13 Investeringsnivå medisinsk teknisk utstyr (MTU) i millioner kroner (stolpe og venstre akse) og gjennomsnittsalder (år) målt pr enhet.

### 2.3 Økonomisk handlingsrom for foretaksgruppen: Bæreevne, likviditet og risiko

Helseforetakene og foretaksgruppen samlet skal i tråd med planforutsetningene legge realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling til grunn og påpeke nødvendige tiltak. Det økonomiske handlingsrommet setter rammer for hvor store investeringsprosjekter som kan gjennomføres, og tidspunkt for gjennomføringen. Det regionale helseforetaket forvalter handlingsrommet i dialog med helseforetakene. I langtidsplanleggingen med helseforetakene etableres et hensiktsmessig nivå på investeringer sett opp mot mulighetsrommet skapt av driftseffektivisering og rammebetingelser ellers. Økonomisk langtidsplan utformes derfor på bakgrunn av en kombinasjon av helseforetakenes innspill og regional prioritering.

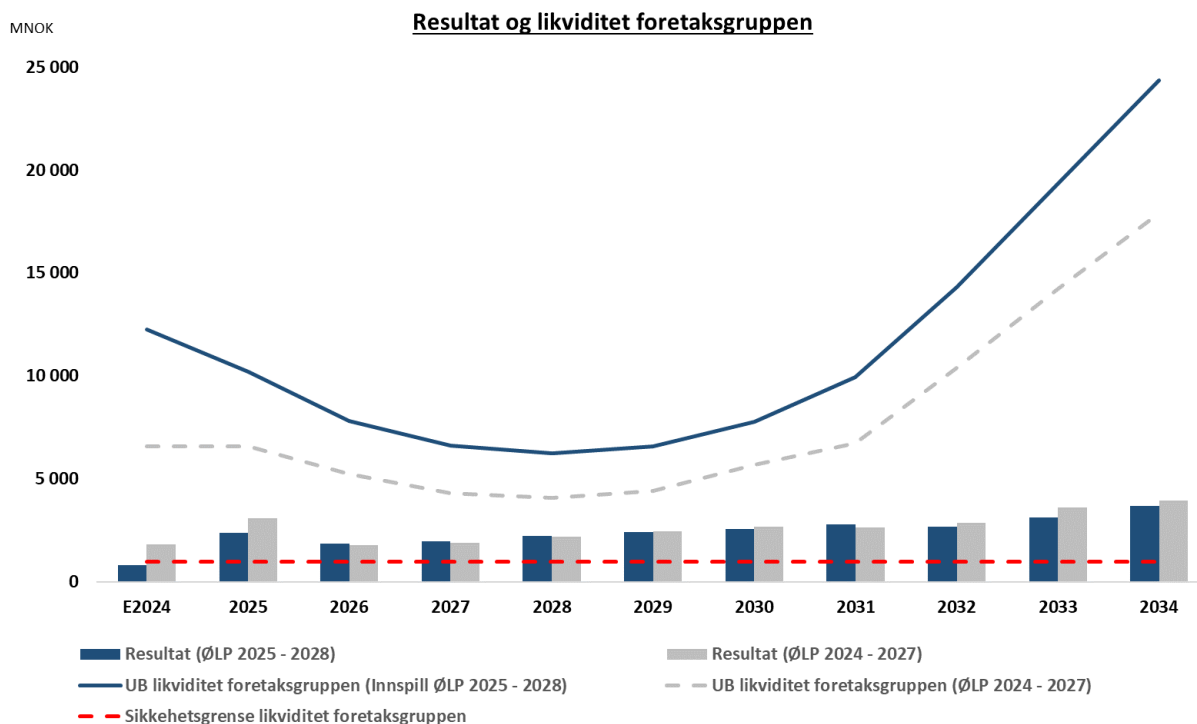
#### Rammebetingelser og forutsetninger for handlingsrommet i økonomisk langtidsplan

Gjennom etablerte modeller fordeles midlene til prioriterte prosjekter eller satsingsområder:

- Den regionale lånemodellen for investeringer gjør at regionen kan gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar modellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger.
- Helseforetakene må bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak.
- Helseforetakene har anledning til å inngå avtaler med finansiell leie, men oppad begrenset til 0,2 prosent av årlig inntekt. Det gjøres enkelte unntak fra begrensningen, som for eksempel samarbeidet om Storbylegevakten med Oslo kommune eller Livsvitenskapsbygget med Universitetet i Oslo der Oslo universitetssykehus HF inngår leiekontrakt.

### Bæreevne basert på innspill fra helseforetak

Bæreevnen illustreres ved foretaksgruppens planlagte utvikling i resultater og tilgjengelige likviditetsbeholdning (uten buffere). Figur 14 viser summen av helseforetakenes innspill for regionen (blå linje/ blå søyler) sett mot forrige vedtatte økonomiske langtidsplan (etter regionale prioriteringer) vedtatt i sak 099-2023.



Figur 14 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2025–2028 basert på innspill fra helseforetakene sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024–2027 (tall i millioner kroner).

Estimert likviditetsbeholdning ved inngangen til 2025 ligger på et høyere nivå, om lag 5,7 milliarder kroner, sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027. Endringene skyldes hovedsakelig lavere investeringsnivå enn planlagt (+2,7 milliarder kroner), lavere likviditetsbinding i arbeidskapital (+2,8 milliarder kroner), økt låneopptak (+0,8 milliarder kroner), økt pensjonspremie som ikke er kompensert ved økt driftskreditt (-0,5 milliarder kroner) og nettoeffekten av andre forhold inkludert årsresultat (-0,1 milliarder kroner). Lavere investeringsnivå gjelder i hovedsak forsinkelser i investeringspådrag på store byggeprosjekter sammenlignet med forutsetningene som lå til grunn for økonomisk langtidsplan 2024-2027. Lavere likviditetsbinding i arbeidskapital (netto av omløpsmidler og kortsiktig gjeld, eksklusive kontantbeholdning) vurderes å være permanent for årene med høyt investeringsnivå (fram til 2029-31).

Videre medfører endrede finansieringsforutsetninger for låneopptak (90 prosent av styringsrammen (P50-estimat)) isolert sett også bedret likviditetssituasjon fremover. I tillegg kan endrede renteforutsetninger for konverterte lån (statsrentebasert lånemodell gir lavere rente) gi en viss likviditetsforbedring på mellomlang sikt via muligheter for resultatforbedring. Langtidsplanen viser at likviditetsbeholdningen når minimum med 6,2 milliarder kroner i 2028, tre år før de største prosjektene ferdigstilles.

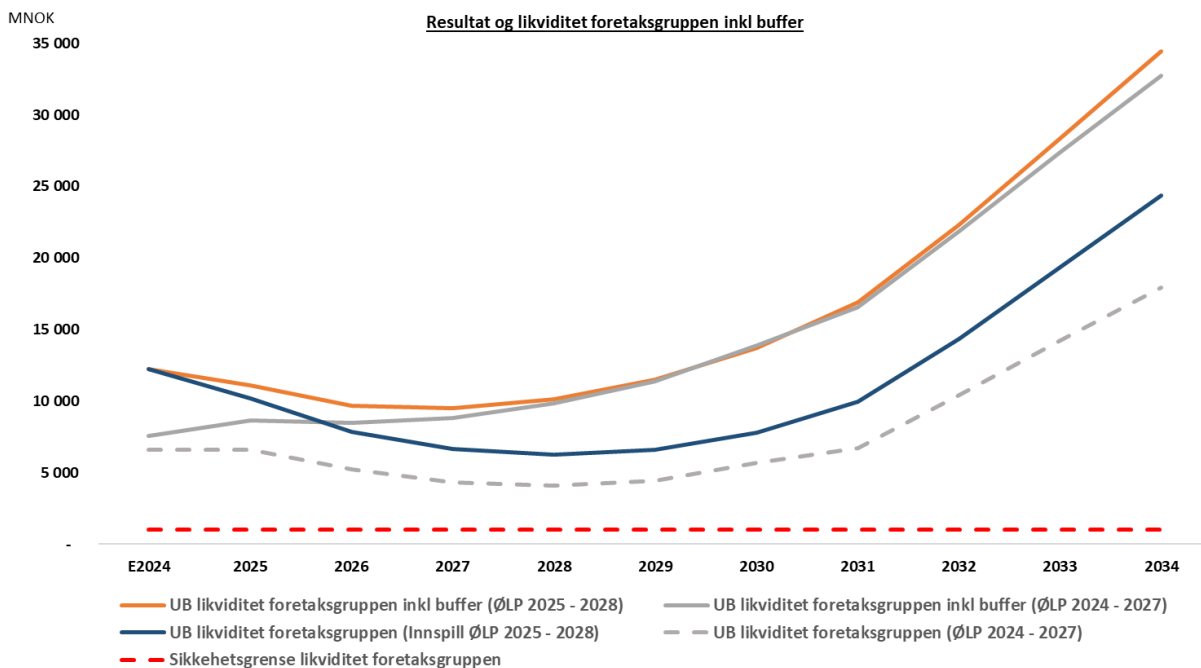
Det fremgår av figuren at tilgjengelig likviditet vil reduseres fra 2024 til 2028. Tilgjengelig likviditet ligger likevel klart over sikkerhetsgrensen i hele perioden, og illustrerer et visst økonomisk handlingsrom. For årene etter 2030 øker det budsjetterte handlingsrommet. Som følge av den lange tidshorizonten øker imidlertid usikkerhetene, og detaljeringsgraden i helseforetakenes innspill er lavere i dette tidsrommet. Det er usikkerheter knyttet til resultat- og likviditetsframskrivningen, og dette er omtalt i avsnitt om sensitiviteter og risiko.

## 2.4 Risiko i økonomisk langtidsplan 2025-2028

Utover tilgjengelig likviditet fremstilt i figur 14 avsettes resultat- og investeringsbuffer på regionalt nivå, samt lånefinansieringsbuffer for usikkerhetsavsetning (P85-estimat) for investeringsprosjekter med regionalt lån, se figur 15. Det er kun lånefinansieringsbuffer for prosjektene vedtatt i statsbudsjettene fra 2017 til 2024. For prosjekter som planlegges med tildeling av lån fra og med 2025 forutsettes 90 prosent av styringsramme (P50-estimat), og det vil da ikke være noen buffer i lånefinansieringen til dekning av usikkerhet.

Midler fra ubenyttede buffer vil forbedre likviditeten i de kommende årene, gitt at de ikke kommer til anvendelse i det enkelte budsjettår. For å ta hensyn til risiko og usikkerhet i forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2025–2028 er det lagt opp til fortsatt oppbygging av sentrale resultat- og likviditetsbuffer i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere ulike buffer som sikrer handlingsrommet:

- Resultatbuffer på 700 millioner kroner årlig fra 2025. Videre reserveres en investeringsbuffer på 200 millioner kroner hvert år. Begge bufferne reserveres i det regionale helseforetaket. Tillagt renter på investerings- og resultatbufferen gir dette til sammen 2,9 milliarder kroner frem til 2028 og 5,7 milliarder kroner frem til 2032 gitt at bufferne ikke kommer til anvendelse.
- Likviditetsmessig buffer fra låneadgangen tilknyttet byggeprosjektene usikkerhetsavsetning: Låneadgangen har til nå vært basert på kostnadsrammen (P85-estimat) hvilket gir en tilgjengelig buffer sett opp mot styringsrammer (P50-estimat) som ligger til grunn for budsjetteringen av prosjektene i økonomisk langtidsplan. Bufferen utgjør cirka 2,7 milliarder kroner i 2032 for prosjekter med innvilgede lån fra Helse- og omsorgsdepartementet ved utløpet av 2024, hensyntatt at usikkerhetsavsetningen for nytt sykehus Drammen benyttes og forutsatt at det ikke blir behov for å benytte usikkerhetsavsetningene i de øvrige byggeprosjektene.



Figur 15 Tilgjengelig likviditet i økonomisk langtidsplan inkludert buffere sammenlignet med tilsvarende likviditetsbuffer fra fjorårets langtidsplan

Figuren over illustrerer likviditetsutviklingen de kommende årene dersom bufferne ikke kommer til anvendelse, basert på innspillene fra helseforetakene. Det samlede likviditetsnivået på lang sikt inklusive buffere er i liten grad endret fra fjorårets økonomiske langtidsplan.

Planleggingen for de kommende årene er basert på en rekke forutsetninger, og mange elementer i økonomisk langtidsplan har iboende usikkerhet. Enkelte risikoer har opphav i eksterne forhold, andre ligger under foretaksgruppens egen kontroll. Her omtales risikoene isolert for å synliggjøre effekten av endringer i eksterne og iboende faktorer, men over tid er det samspill i faktorene. Det forutsettes i økonomisk langtidsplan at endret rentenivå eller prisvekst på sikt vil utlignes av vekst på inntektssiden over statsbudsjettet, men i en periode kan foretaksgruppen oppleve at økt rente eller økt prisvekst reduserer foretaksgruppens likviditet.

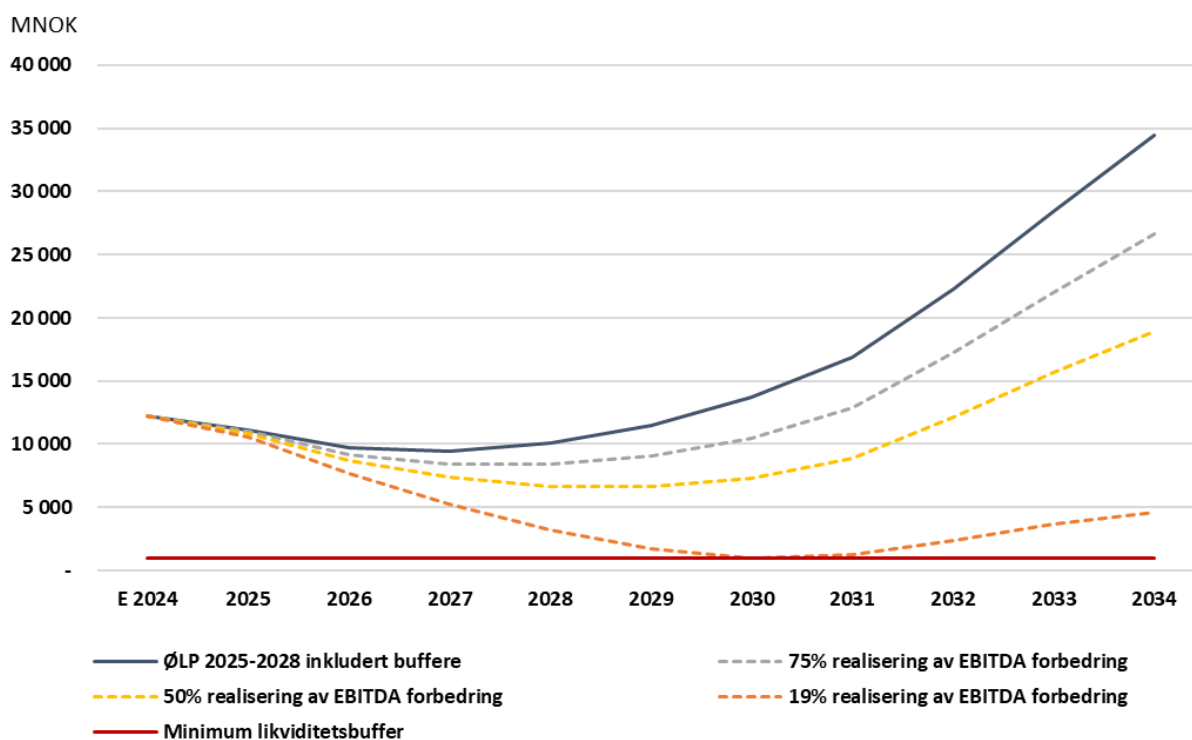
Utgangspunktet for beregningene er likviditet og resultater. Det er tillagt resultat-, investering- og lånebuffer der det er relevant. Sentrale risikoer er:

- **Oppnå planlagte driftsresultater**

Helseforetakene planlegger med noe lavere effektivisering av drift i perioden 2025 til 2034 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027. Planperioden 2025 til 2028 viser gjennomsnittlig driftsmargin på 7,01 prosent sammenlignet med 7,15 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Det er heller ikke planlagt å øke effektiviseringen i det lange bildet fra 2029 til 2034 med en gjennomsnittlig driftsmargin på 8,38 prosent sammenlignet med 8,54 prosent i fjorårets økonomiske langtidsplan. Foreløpig vurderes det slik at risikoen er størst forbundet med å oppnå den budsjetterte effektiviseringen av drift i 2024-2025. Viktige premisser for å oppnå dette er planene for gevinstrealisering i IKT- og byggeprosjektene. Hvis målsettingene ikke oppnås, reduseres foretaksgruppens likviditet i de kommende årene. Samtidig er det viktig å bemerke at likviditetskurvene i figurene 14 og 15 har lagt til grunn en slik noe lavere effektiviseringsgrad i oppdatert langtidsplan.

Figur 16 viser sensitiviteten for manglende driftseffektivisering. Heltrukken linje viser likviditeten i sum av innspillene inkludert buffere, altså under antakelse om budsjettert måloppnåelse av driftseffektivisering og gevinstrealisering basert på innspillene til helseforetakene. Ved lavere måloppnåelse reduseres likviditeten, og kravet til minimumslikviditet på 1 milliard kroner tangeres dersom helseforetakene kun realiserer 19 prosent av samlet omstilling fra 2025 og årene fremover. I økonomisk langtidsplan 2024-2027 var tilsvarende nødvendig effektivisering på 29 prosent. Dette forårsakes som omtalt ikke av at helseforetakene har lagt til grunn en større økning i effektivisering av driften, men av høyere inngående likviditet i planperioden og endrede finansieringsforutsetninger. Risikoen er likevel noe økt siden forrige langtidsplan, da helseforetakenes omstillingsarbeid i 2024 har vist seg mer krevende, og den planlagte omstillingen de neste årene budsjetteres av helseforetakene gjennomført på kortere tid.

Scenarier på driftseffektivisering/gevinstrealisering: Likviditetsbeholdning



Figur 16 Sensitivitet for lavere oppnåelse av effektivisering og gevinstrealisering enn planlagt for prosjektene i foretaksgruppen, beregnet ut fra likviditet tillagt buffere (resultat og investering)

Hvis resultatene blir dårligere i årene fremover enn det som er lagt til grunn i innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028, vil foretaksgruppen måtte vurdere forskyvninger av byggeprosjekter i tidligfase, reduksjon av satsing på IKT og eventuelt også reduksjon av satsing på ekstraordinært vedlikehold. Tidligere salg av eiendommer vil kunne ha en betydelig positiv effekt på likviditeten.

- **Brå endringer i rente og valuta**

Økt rentenivå og svekket norsk krone virker på kort sikt negativt inn på likviditeten i foretaksgruppen. På sikt forutsettes det at renteøkninger og inflasjon vil motvirkes av økte deflatorjusteringer på statsbudsjettet, og avdempende effekten for foretaksgruppen.

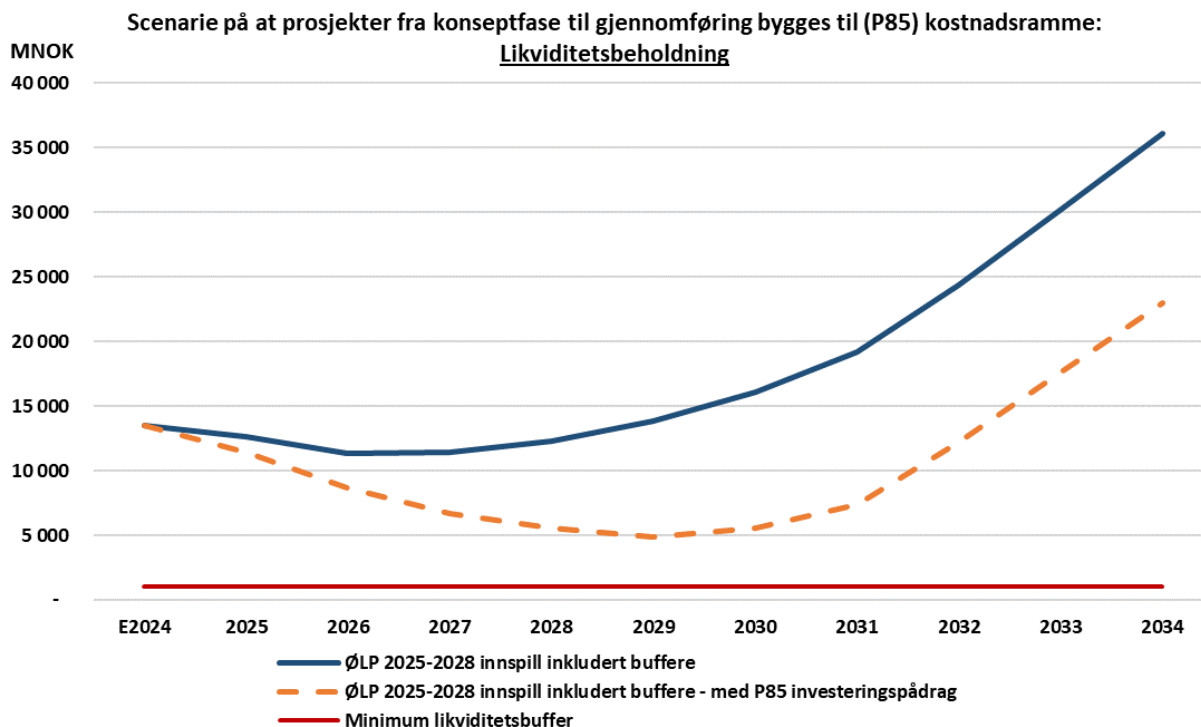
Helseforetaksgruppen er inne i en periode med store investeringer, med samtidig stigende

langsiktig rentenivå. Rentekurven har løftet seg (rentene har økt) sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027. De langsiktige investeringslånene er sikret med fastrenteavtaler, men det forventes at rullering av rentesikring vil medføre høyere rentenivåer også på den eksisterende låneporteføljen. Under byggeperioden er investeringene finansiert med byggelån som med flytende renter dermed øker rentesensitiviteten i foretaksgruppen.

- **Prisvekst og god prosjektstyring**

Økte investeringskostnader kan skyldes endrede forutsetninger for prosjektene. Eksempler på dette er at kompleksiteten blir høyere enn ventet, at grunnforhold er mer krevende enn ventet, eller at det er svakere konkurranse mellom entreprenørene enn ventet. Svekket norsk krone kan også gi økte investeringskostnader. Disse enkeltelementenes merkostnader kan hver for seg eller samlet redusere sannsynligheten for at styringsrammen (P50-estimat) overholdes. Økte investeringskostnader kan også skyldes prisvekst i bygg og anlegg og IKT. Selv om byggeprosjektene finansieres ved indeksregulerte størrelser i statsbudsjettet, kan det fortsatt forekomme avvik mellom prisveksten byggeprosjektene utsettes for og prisveksten statsbudsjettet tar høyde for. Avvik kan redusere likviditeten på kort- og mellomlang sikt, da økning i investeringer helt eller delvis må dekkes av egenkapitalandelen.

Figur 17 illustrerer sensitiviteten hvis alle de store regionale byggeprosjektene som er i konseptfase til og med gjennomføring får kostnadsøkninger opp til kostnadsrammen (P85-estimat). Det er i dette scenarioet lagt til grunn et estimat for en samlet økning på 13,1 milliarder kroner i investeringer per 2034. Økt bruk av lån er forutsatt vil dekke cirka 5,6 milliarder kroner slik at reduksjonen i foretaksgruppens likviditet justert for renteeffekter fra reduserte bankinnskudd og økte avdrag på lån blir om lag 10,3 milliarder kroner akkumulert negativ effekt i 2034. En slik kostnadsøkning vil gi økte kapitalkostnader i de enkelte helseforetakene, som i sin tur leder til økte krav til effektivisering eller gevinstrealisering. Det er derfor viktig med god prosjektstyring.



Figur 17 Sensitivitet for kostnadsøkninger i prosjektene i foretaksgruppen, illustrert ved effekten av at alle styringsrammer (P50) øker til nivået for kostnadsrammer (P85) beregnet ut fra likviditet tillagt buffere (resultat, investering og lån)

Det er også andre risikoelementer som påvirker utviklingen i økonomisk langtidsplan:

- Fremdrift og måloppnåelse i de store IKT-prosjektene er sentrale for at foretaksgruppen skal kunne realisere planlagt omstilling. Nye IKT-løsninger vil muliggjøre produktivitetsvekst og effektivisering i foretaksgruppen.
- Helseforetakene påpeker at økt sykefravær og rekrutteringsutfordringer innen enkelte områder gir utfordringer for drift og arbeidsmiljø. Økt fokus på å redusere innleie, særlig i psykisk helsevern, skal bidra til en bedre situasjon for å beholde og rekruttere egne ansatte, men for å etablere gode og robuste fagmiljøer kan det noen steder være nødvendig med krevende prosesser knyttet til endret struktur og omstilling.
- Store og raske endringer i energimarkedene kan fortsatt gi prisøkninger som påvirker foretaksgruppen i negativ retning. Selv om prosjektene og foretaksgruppen inngår kontrakter med lang tidshorison også for energikjøp, vil økende energipriser etter hvert slå inn i helseforetakenes kostnader, og det kan medføre økte kostnader blant annet for transport. Dette gjelder også for fjernvarme, som er priset basert på elektrisitetsprisen.



### 3. Administrerende direktørs anbefaling

Økonomisk langtidsplan gir det regionale helseforetaket et grunnlag for å vurdere det økonomiske handlingsrommet for å iverksette tiltak og gjøre prioriteringer for å nå de mål og strategier som ligger til grunn for virksomhetene. Dette gjelder for drift og investeringer, og balansen mellom disse.

Planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2025-2028 ble vedtatt av styret i sak 019-2024 7. mars i år. Helseforetakene oversendte sine innspill til økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF 12. april, og de vil alle i løpet av mai ha styrebehandlet disse. Den regionale planen vil basere seg på innspillene fra helseforetakene, samt en regional prioritering som det vil jobbes videre med fram mot endelig økonomisk langtidsplan som styrebehandles 21. juni. Styret blir i denne saken orientert om status i arbeidet med økonomisk langtidsplan og gis mulighet til å gi innspill til arbeidet med å ferdigstille planen.

Administrerende direktør viser til virksomhetsrapportene styret har fått seg forelagt gjennom 2024. Disse viser at den driftsøkonomiske situasjonen i sum er krevende. Foretaksgruppen har et negativt budsjettavvik. Det er høyere bemanning enn budsjettet, og sykefraværet er høyt. Summen av innspill fra helseforetakene viser at resultatambisjonene er noe redusert for årene 2025 og 2026 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027, noe som reflekterer den krevende økonomiske situasjonen helseforetakene står i. Resultatambisjonene øker igjen de påfølgende årene. Det vil si at forventet årlig forbedring de første årene er større, men at det absolutte resultatnivået som forventes oppnådd, fortsatt er under nivået i tidligere planer. Det er verdt å merke seg at tross for denne noe reduserte resultatambisjonen, tilsier summen av innspillene og øvrige rammer likevel et høyere likviditetsmessig bunnivå. Dette skyldes blant annet den innarbeidede planforutsetningen av regjeringens forslag til endret finansieringsregime for lånefinansierte investeringer. Stortingets tilslutning til regjeringens bevilgningsforslag i revidert nasjonalbudsjett for innværende år vil ytterligere kunne lette den krevende økonomiske situasjonen helseforetakene i dag står i og legge til rette for bedre økonomiske resultater.

Innspillene til økonomisk langtidsplan 2025-2028 reflekterer behovet for å øke produktiviteten. Dette innebærer å øke aktiviteten, uten en tilsvarende økning av bemanningen. Helseforetakene har i motsetning til i fjorårets planer lagt til grunn en viss økning i antall egne ansatte slik at bemanningsplanene fremstår mer realistiske i oppdaterte planer. Økt aktivitet skal bidra til å redusere ventetidene. Innspillene viser at det planlegges for en årlig vekst i døgnkapasiteten og døgnaktivitet i psykisk helsevern, og at den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling planlegges økt i planperioden.

Det er flere forhold som er under avklaring, og som vil kunne påvirke økonomisk utvikling fremover. Foreslåtte bevilgningsendringer i revidert nasjonalbudsjett ut over det som allerede ble varslet i nasjonal helse- og samhandlingsplan er ikke tatt hensyn til i foreliggende planer. Det samme gjelder endringen fra 40 til 30 prosent ISF-andel. Pågående og planlagte anskaffelsesprosesser for kjøp av eksterne helsetjenester vil påvirke driftsøkonomien utover det som fremgår av innspillene til økonomisk langtidsplan. I hovedstadsområdet vil avklaring av tidspunkt for overføring av ansvaret for å yte somatiske spesialisthelsetjenester til befolkningen i Stovner og Grorud ha stor betydning for Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF, samt de private ideelle sykehusene med opptaksområdeansvar i Oslo. Det er foreløpig lagt til grunn overføring i 2036. Videre er det vesentlig gjenstående usikkerhet forbundet med areal- og kostnadsutviklingen for

videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset. Foreløpig er prosjektet innarbeidet i innspillene med indeksregulert estimat fra steg 1 av konseptfasen med lånesøknad til statsbudsjettet i 2026.

Administrerende direktør bemerker at investeringsnivået i innspillene til årets langtidsplan er høyere enn i økonomisk langtidsplan 2024–2027. Økningen skyldes dels at styringsrammene er fremskrevet til 2024-kroner basert på utviklingen i byggekostnadsindeksen, og videre at det er innarbeidet styrevedtatte økninger i styringsrammene for noen prosjekter. Hensyntatt indeksregulering av byggekostnadene er økningen i investeringsnivået om lag 9,1 milliarder kroner fram til 2034 i helseforetakenes innspill sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

Administrerende direktør vil gjøre en nærmere gjennomgang og vurdering av helseforetakenes innspill til investeringsprosjekter i bygg og IKT. Investeringene i helseforetakenes innspill ligger i planperioden samlet på 62,2 milliarder kroner, og i perioden fram til 2034 er det spilt inn et samlet investeringsnivå på 122,0 milliarder kroner. Basert på innspillene reduseres det årlige investeringsnivået etter 2032 som følge av at regionalt prioriterte investeringsprosjekter gradvis ferdigstilles.

Administrerende direktør vil legge fram økonomisk langtidsplan 2025-2028 til beslutning som planlagt 21. juni 2024.

Utrykte vedlegg:

- Lenker til helseforetakenes vedtatte økonomiske langtidsplaner:
  - Akershus universitetssykehus HF – [Sak 38-23 Foretakets innspill til revidert økonomisk langtidsplan 2025-2028](#) – behandlet 19. april 2024
  - Oslo universitetssykehus HF – Sak [2024-035-00 Økonomisk langtidsplan 2025-2028\(44\)](#) og [2024-035-01 Økonomisk langtidsplan 2025-2028\(44\)](#) – behandlet 26. april 2024
  - Sunnaas sykehus HF – [Sak 3424 Saksframlegg Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2025-2044 Resultat – Balanse-Likviditet](#) – planlagt behandling 24 mai
  - Sykehuset i Vestfold HF – [Sak 24/24 Økonomisk langtidsplan 2025-2028 inkl. status Budsjett 2025](#) – behandlet 15. mai 2024
  - Sykehuset Innlandet HF – [Sak 043-2024 Økonomisk langtidsplan 2025-2028 for Sykehuset Innlandet HF](#) - planlagt behandling 27. mai 2024
  - Sykehuset Telemark HF – [Sak 036-2024 Økonomisk langtidsplan 2025-2028](#) – planlagt behandling 22. mai 2024
  - Sykehuset Østfold HF – [Sak 43-24 Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) for Sykehuset Østfold HF 2025-2028 \(68\)](#) – behandlet 29. april 2024
  - Sørlandet sykehus HF – planlagt behandling 30. mai 2024
  - Vestre Viken HF – [Sak 45/2024 Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2025 – 2028](#) – behandlet 6. mai 2024
  - Sykehuspartner HF – [sak 018-2024-1 Økonomisk langtidsplan 2025-2028 Sykehuspartner HF](#) – behandlet 13. mars 2024
  - Sykehusapotekene HF – Sak 026-24 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2025 – 2028, finansiell plan 2028 - 2044 og forutsetninger for budsjett 2025 - *Unntatt offentlighet iht helseforetaksloven § 26a og offentleglova §§ 23 (1) og 12*

Protokoller fra behandling av innspill til økonomisk langtidsplan er eller vil bli tilgjengelig på hvert enkelt helseforetaks nettsider og det presiseres at vedtak kan avvike fra det som er foreslått.