

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. juni 2024

Sak 061-2024

Økonomisk langtidsplan 2025–2028

Forslag til vedtak:

- Helseforetakene skal i planperioden 2025-2028 planlegge og utvikle sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2040* og arbeide målrettet med tiltak innenfor de prioriterte satsningsområdene:
 - Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
 - Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
 - Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste
 - Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
 - Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste
- Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet i perioden 2025-2028, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas. Mål om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.
- Helseforetakenes budsjetter for 2025 og senere år skal vise prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og aktivitetsutvikling i tråd med forventet fremtidig behov for alle tjenesteområder.
- Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av behov for bemanning og nødvendig tilpasning av kompetanse for å bedre ressursbruk og for å kunne gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke i tråd med behovet. Styret vektlegger at den planlagte omstillingen i helseforetakene ikke må gå på bekostning av helseforetakenes evne til å beholde og rekruttere ansatte.
- Helseforetakene står i en krevende driftsøkonomisk situasjon i 2024. Styret legger til grunn at det jobbes målrettet gjennom 2024 for å legge til rette for å nå målene som er satt i planperioden 2025-2028, og for å kunne gjennomføre planlagte investeringsprosjekter.

6. Det tas høyde for å fullføre store byggeprosjekter i forprosjekt- og gjennomføringsfase. Satsingen på IKT videreføres, men med noe lavere nivå fra 2025. Fremtidige beslutninger om å sette i gang nye byggeprosjekter og nivået på planlagte investeringer i teknologi avhenger av at prosjektene overholder planleggings- og styringsrammer, og at helseforetaket og foretaksgruppen har økonomisk bæreevne, samt av mulighetene for realisering av tomteverdier. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i 2025-2028 skal primært være begrunnet i kapasitetsbehov og fremmes styret for behandling.
7. Tildelingen av likviditet til ekstraordinært vedlikehold fra og med 2025 til og med 2026 forutsettes opprettholdt på 200 millioner kroner årlig. Midlene skal brukes til ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner i det enkelte helseforetak. Det endelige nivået på tildelingen fastsettes i de årlige budsjettprosessene.
8. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak for å oppnå planlagt resultatutvikling slik at investeringsprosjektene kan gjennomføres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene for å redusere risiko forbundet med innflytting i nye bygg eller ved at ny teknologi tas i bruk.
9. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utviklingen i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med planlagt utvikling. Driftsresultat før avskrivninger skal som hovedregel øke minst tilsvarende deflatoren i statsbudsjettet. Helseforetak med svakere utvikling i driftsresultat før avskrivninger enn forutsatt på tidspunkt for beslutning av store byggeprosjekter, forutsettes å iverksette tiltak slik at gjeldsbetjeningsevnen styrkes i tråd med forutsetningene.
10. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2025–2028 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som framgår over.

Hamar, 14. juni 2024

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursbruk i foretaksgruppen. Styret tok i møtet 28. mai sak 050-2024 *Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025-2028* til orientering og ba om at innspill innarbeides i økonomisk langtidsplan 2025-2028. Formålet med saken var 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 har i løpet av mai styrebehandlet disse.

Denne saken er en oppdatering av sak 050-2024, hvor styrets innspill er innarbeidet og det er gjort nærmere gjennomgang og vurdering av helseforetakenes innspill til investering i bygg og IKT. Styret får i denne saken dermed forelagt endelig forslag til økonomisk langtidsplan 2025-2028 for Helse Sør-Øst.

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 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 behandlingsstudier 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 friggi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.*

Styrets vedtak ble fattet mot tre stemmer, der mindretallet fremmet et alternativt forslag som avvek på enkelte punkter fra endelig vedtak.

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 ble behandlet av Stortinget den 4. juni, jf. Innst. 387 S (2023-2024). 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 forutsatt budsjettneutryl. 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. Foreløpig dato for behandling av det reviderte budsjettforslaget i Stortinget er 21. 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. Styret vedtok i sak 051-2024 *Fordeling av tilskudd i fremlagt Revidert nasjonalbudsjett 2024 og plan for arbeidet med reduserte ventetider* fordeling av tildelingen internt i Helse Sør-Øst med forbehold om Stortingets behandling av regjeringens forslag. Bevilgningen må ses i sammenheng med at regjeringen sammen med arbeidstakerorganisasjonene, arbeidsgiverorganisasjonene og de regionale helseforetakene har underskrevet «ventetidsløftet». Målet er at partnerne sammen vil jobbe for snu trenden for ventetidsutviklingen og sørge for en nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025 og videre en markant reduksjon i ventetiden som legger til rette å nå de langsiktige målene definert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

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 har i sak 073-2024 fått framlagt en sak om forslag til fordeling av den økte basisbevilgningen og øvrige bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2024, ut over midlene som ble fordelt i sak 051-2021.

Den økonomiske situasjonen per mai

Helseforetakene la til grunn sine estimater per mars 2024 da de i april ga sine innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028. Siden den gang er enkelte estimater for 2024 endret. Per mai er det et samlet negativt budsjettavvik på 422 millioner kroner, jf. omtale i sak 059-2024 *Virksomhetsrapport per april og mai*. Det er høyere bemanningskostnader enn budsjettet, og det er en for høy bruk av innleie. Helseforetakene melder om et sykefravær som er på et høyere nivå enn før pandemien, noe som er med på å forsterke utfordringsbildet. Driftssituasjonen er i sum krevende, og det er behov for omstilling. Regjeringens forslag til økt grunnfinansiering i revidert nasjonalbudsjett vil isolert sett kunne lette den driftsøkonomiske situasjonen noe, men avdempes blant annet av at rammene for årets lønnsoppgjør ble 0,3 prosentpoeng høyere enn lagt til grunn i statsbudsjettet 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 styrehandlede 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. Det vises ellers til orientering 067-2024 *Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo*. 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. Det vil bli arbeidet videre med de økonomiske konsekvensene fram mot de ulike tidspunktene for overføring.

- 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.

Korreksjon av planleggingsrammer

Helse Sør-Øst RHF har avdekket behov for å justere planleggingsrammene til Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Justeringen er knyttet til håndtering av kapital og pensjon i inntektsmodellen for gjestepasientoppkjøret innen somatikk i Oslo sykehusområde. Helse Sør-Øst RHF vil oppdatere planleggingsrammene for de tre berørte sykehusene. Endringen vil medføre en økning i rammen til Oslo universitetssykehus HF med om lag 24 millioner kroner, med en tilsvarende reduksjon i sum hos de to private ideelle sykehusene.

Planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF

Som omtalt i sak 050-2024 *Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025-2028* er det lagt til grunn en planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF. Styret er i sak 062-2024 Planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF invitert til å beslutte dette, og den omtalte planmessige inntektstøtten er innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2025-2028.

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 behandlingsskapiteten 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 gjestepasientoppgjøret, vil konkretiseres i budsjett 2025, og det vil bli vurdert hvorvidt Helse Sør-Øst RHF skal avlaste for deler av behandlingsskapiteten 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 sykehusomta 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 lokalsykehus tilbud 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

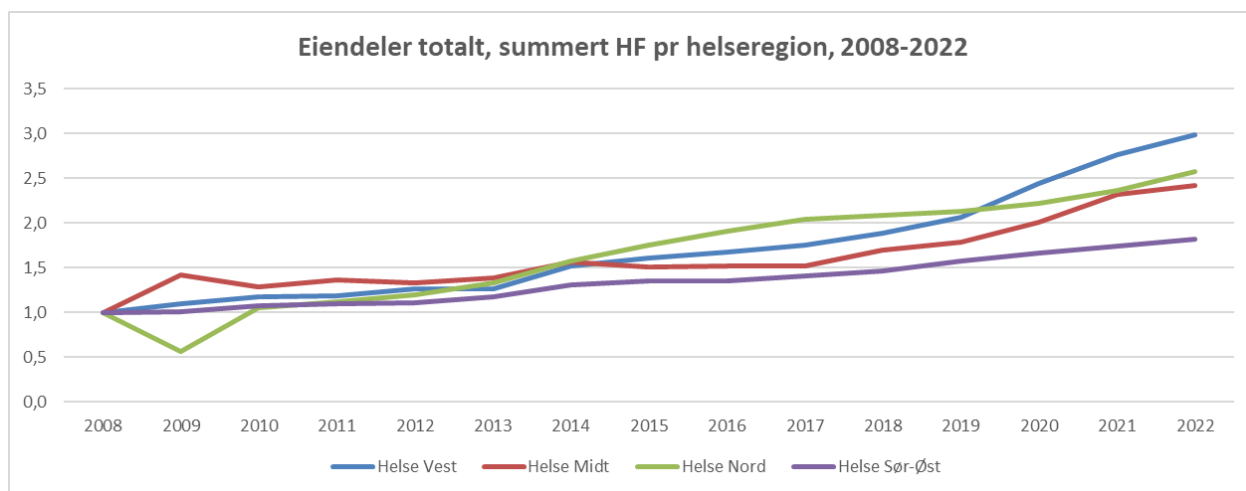
endelig besluttet. Hvis det blir besluttet, vil det sammen med en da mer begrenset etappe 2 av utbyggingen av Oslo universitetssykehus HF kunne legge til rette for et tidligere salg av Ullevåltomta.

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. Utledet av dette kan det argumenteres for at uten tilstrekkelige investeringer vil arbeidsproduktivitetsbehovet 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).

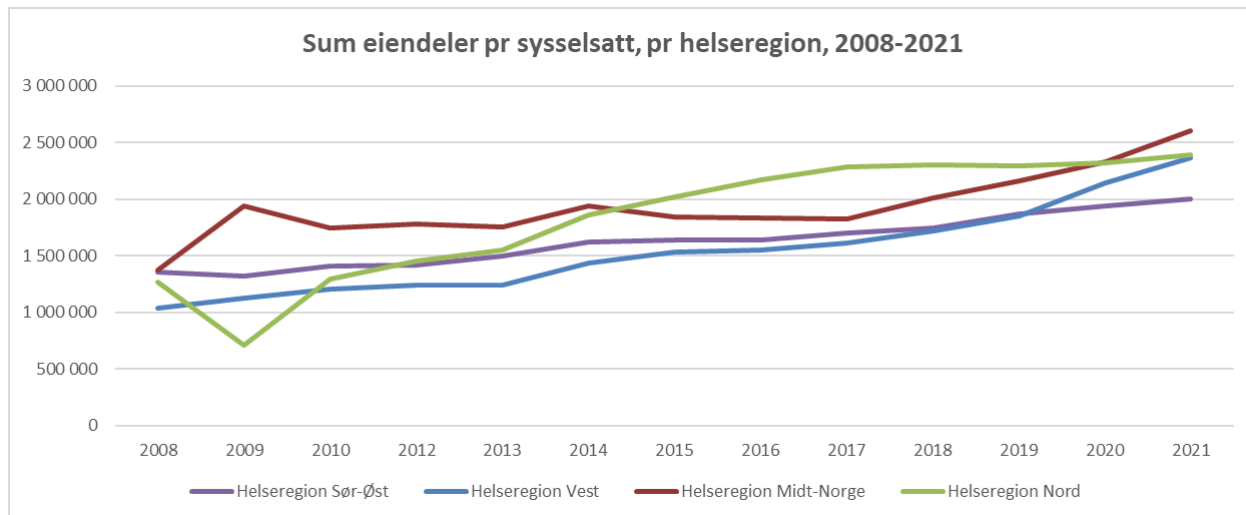


Figur 1 Utviklingen av eiendeler per helseregion fra 2008, (2008=1). (Kilde: SSB)

Helse Sør-Østs relativt sett lave økning i balanseførte verdier sammenfaller med at Helse Sør-Øst også har den bygningsmassen med lavest tilstandsgrad¹ på bygningsmassen av de fire helseregionene. I NOU 2023:8 *Fellesskapets sykehus* framkommer det at Helse Sør-Øst i 2020 hadde tilstandsgrad 1,61 mens de andre helseregionene hadde tilstandsgrad mellom 1,36-1,38. Helse Sør-Øst var eneste region med forverring i tilstandsgraden mellom 2016 og 2020, fra 1,51 til 1,61.

¹ Systemet med tilstandsgrader er beskrevet i Norsk Standard 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er om lag 1,2, som tilsvarer den tilstandsgraden som gir lavest eiendomskostnader over byggets levetid

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 2025-2028².

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 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	897 625	928 742	956 460	991 586	1 000 556	1 017 367	1 029 699	1 041 580	0,9 %	5,0 %

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.

² 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.

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.

Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus Psykisk helsevern og TSB	2021	2022	2023	E2024	Økonomisk langtidsplan				Endring E2024 - 2025	Endring E2024 - 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 %
ISF TOTAL sørge-for-ansvaret psykisk	362 494	362 170	377 023	391 429	397 843	402 443	407 294	412 426	1,6 %	5,4 %

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 Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus eks. Helse Sør-Øst RHF	2022	2023	E2024	Økonomisk langtidsplan				Endring E2024- ØLP2028
				2025	2026	2027	2028	
Døgn (utskrivninger)								
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 %
Liggedøgn								
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 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold								
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, eksklusivt avskrivninger og pensjon, skulle øke minst på nivå med de frie driftsbevilgningene. 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 budsjettert 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

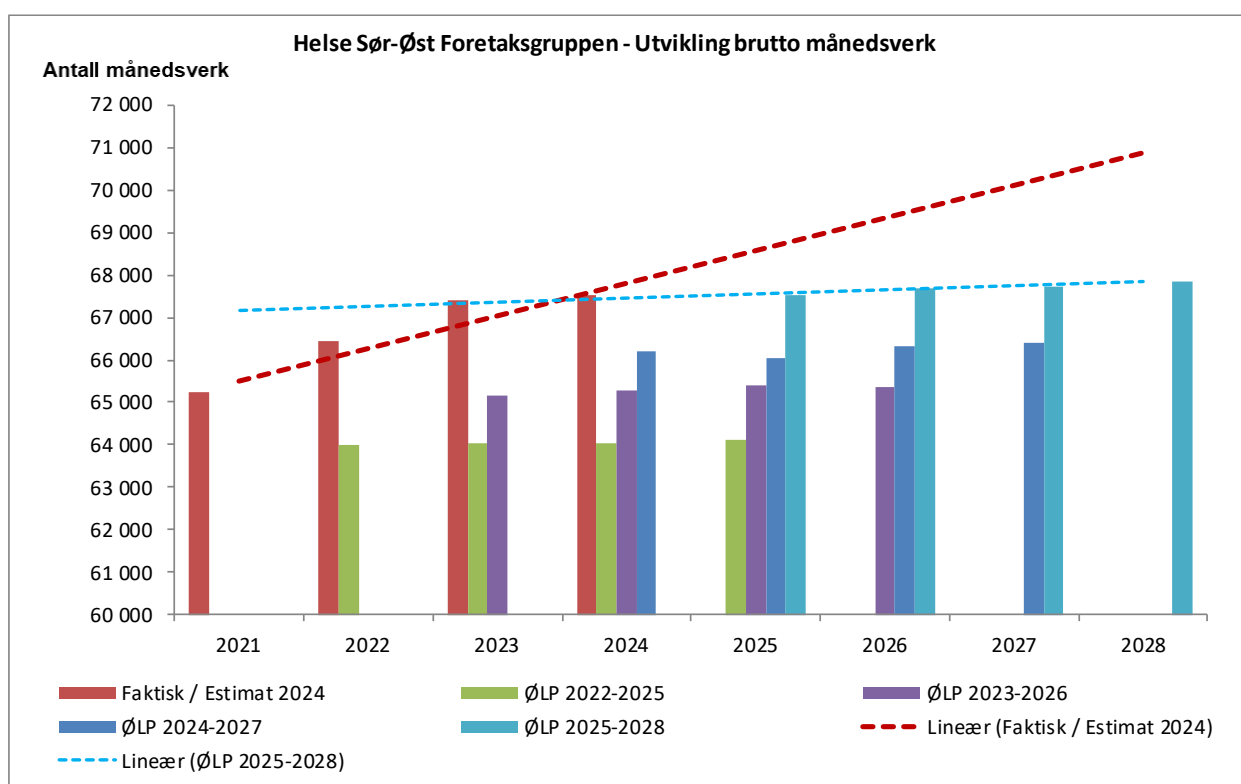
følges opp nærmere i arbeidet med budsjett 2025 for å påse oppfyllelse av de overordnede målene om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bemanning- og kompetanseplanlegging

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

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

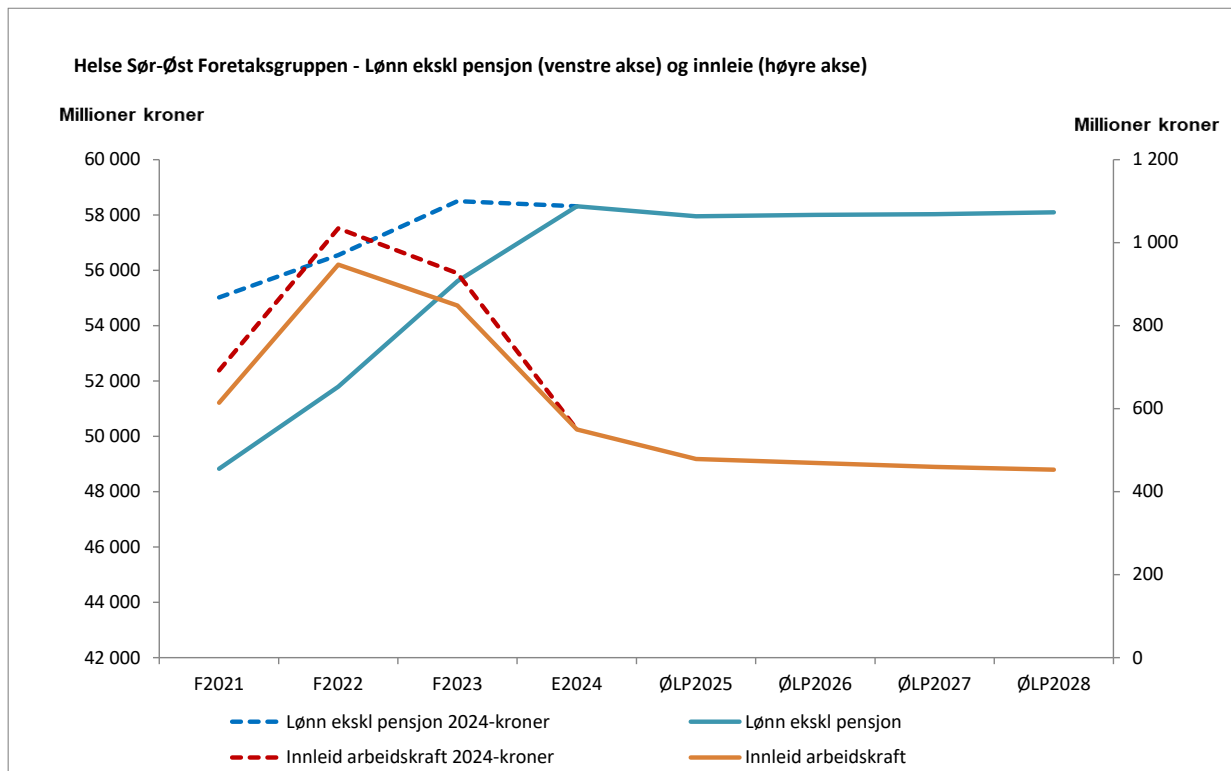
Feil! Fant ikke referanseilden. viser utviklingen i brutto månedsverk i økonomisk l angtidsplan 2025-2028 og i tidligere økonomiske langtidsplaner. Figuren viser også tidligere års faktiske bemanning og estimat for 2024, der veksten har vært større enn planlagt. Dette må blant annet ses i sammenheng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



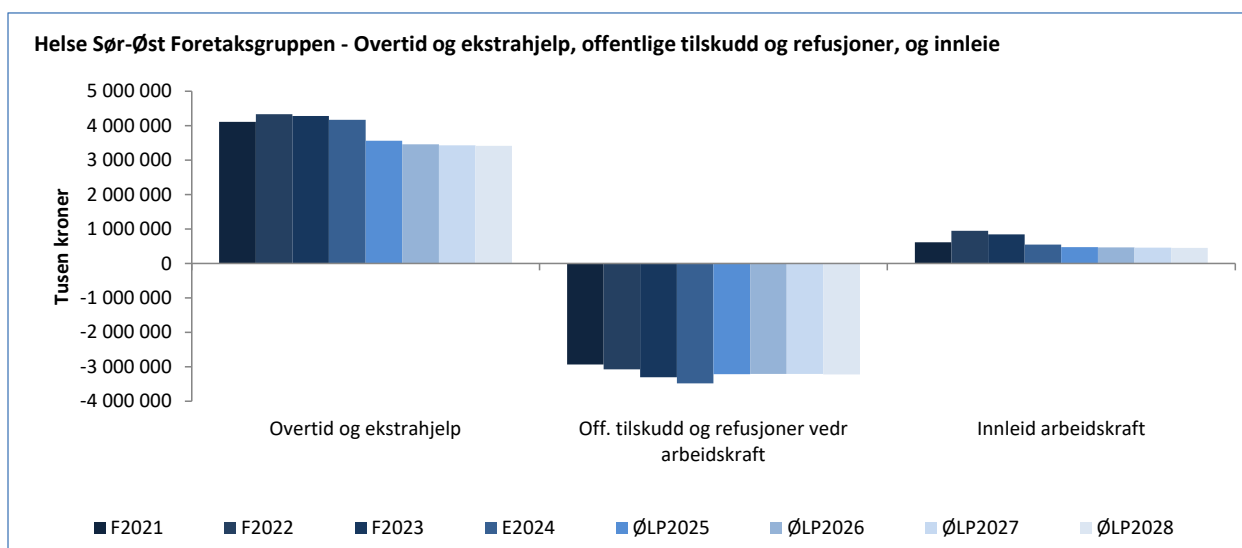
Figur 3 Utviklingen i brutto månedsverk i innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 sammenlignet med tidligere økonomiske langtidsplaner

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 som gjelder arbeidskraft. Dette omfatter langtidsykemeldte 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 psykisk helsevern 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.

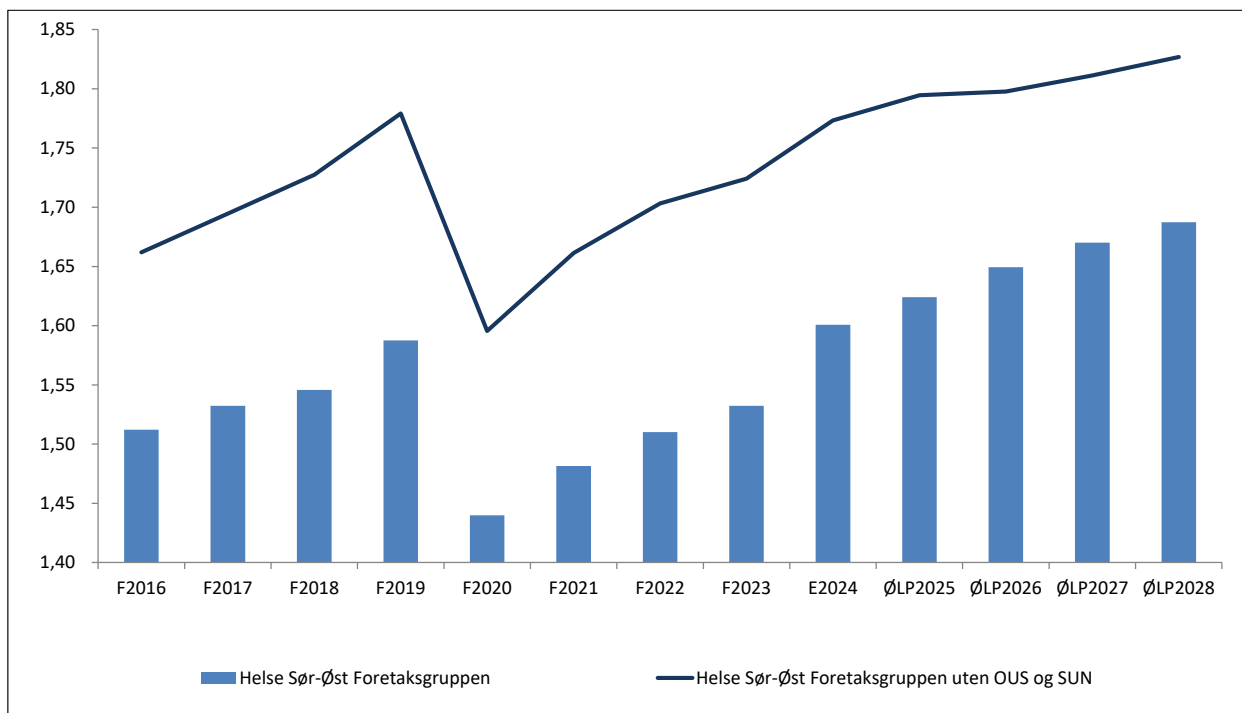
Det finnes ikke ett generelt produktivitetsmål som er egnet for å måle produktivetsutvikling for hele spesialisthelsetjenesten. Oslo Economics³ har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert anslag på marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten. I rapporten som svarer ut oppdraget har de 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 produktivetsutviklingen⁴. Oslo Economics definerer netto produktivetsutvikling som kombinasjonen av normal produktivetsutvikling og medisinsk inflasjon, reflektert gjennom

³ *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten – Analyse utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet (2024)* Oslo Economics

⁴ 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 somatikk⁵, 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 2016–2023, 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.

⁵ 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 pasientklassifiseringssystem 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)

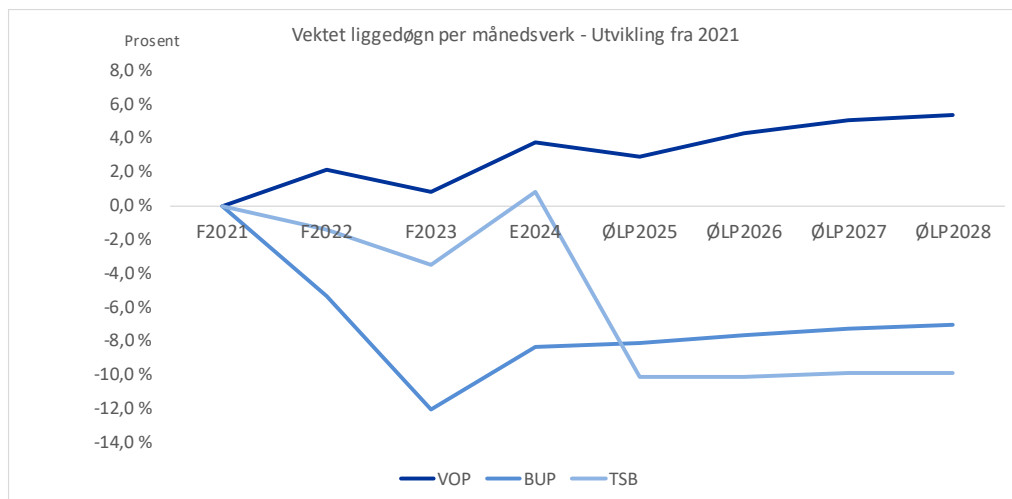
DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i underkant av 1 000 diagnoserelaterte grupper, basert på om lag 20 000 diagnosekoder 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 Stortinget fattet vedtak om engangsbevilgninger. 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 Utvikling i vektet liggedøgn per månedsværk for psykisk helsevern og TSB.. Utviklingen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er negativ i planperioden. I produktivitetmålet 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 langtidsplan				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) ⁶:

- 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) som minimum vokse i takt med statsbudsjettets deflator for helse for ikke å svekke helseforetakenes investeringsevne.
- 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 Resultatutvikling (korrigert for salgsgevinster) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2021–2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025–202 viser resultatutviklingen som er lagt til grunn i årets økonomiske langtidsplan. Det presiseres at tilleggsbevilgningene i forslag til revidert nasjonalbudsjett ikke er innarbeidet.

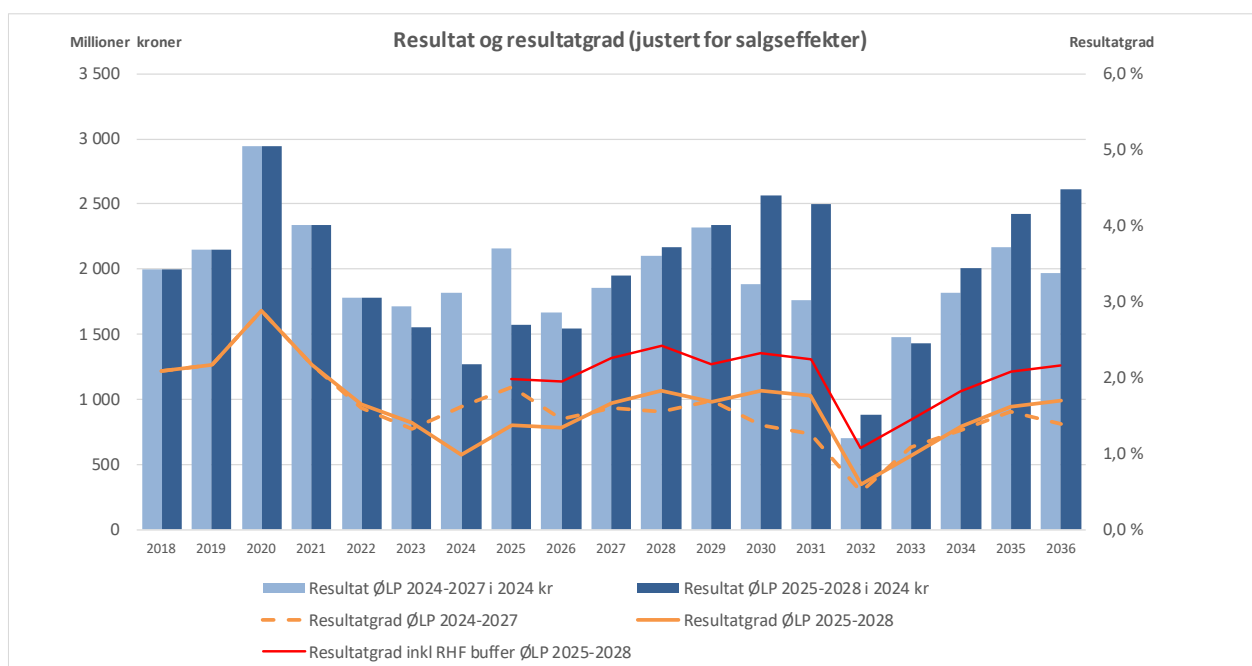
⁶ Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger. I økonomisk langtidsplan blir det i tillegg korrigert for salgsgevinster og utsatt inntekt, og måltallet blir forenklet 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	1 566	1 544	1 945	2 166
Herav helseforetak med pasientbehandling	1 212	700	-189	536	752	831	1 205	1 422
Herav helseforetak uten pasientbehandling inkl Helse Sør-Øst RHF	867	970	1 678	735	814	713	740	744

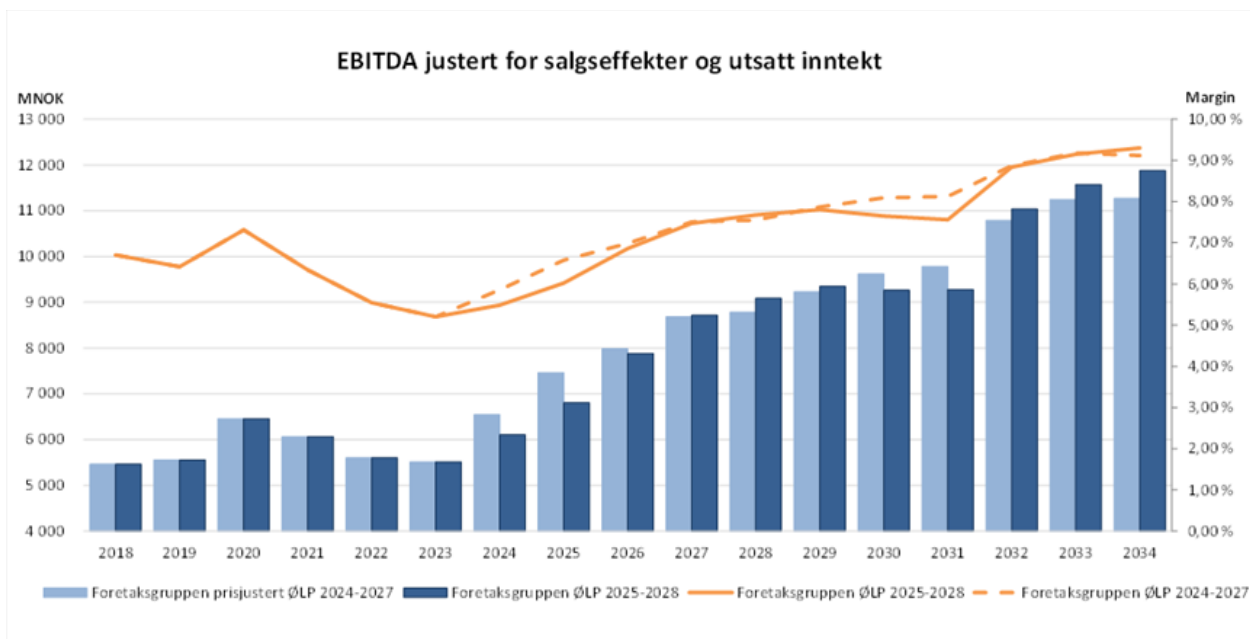
Tabell 5 Resultatutvikling (korrigert for salgsgvinster) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2021–2023, estimat for 2024 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2025–2028

Figur 8, Figur 9 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.



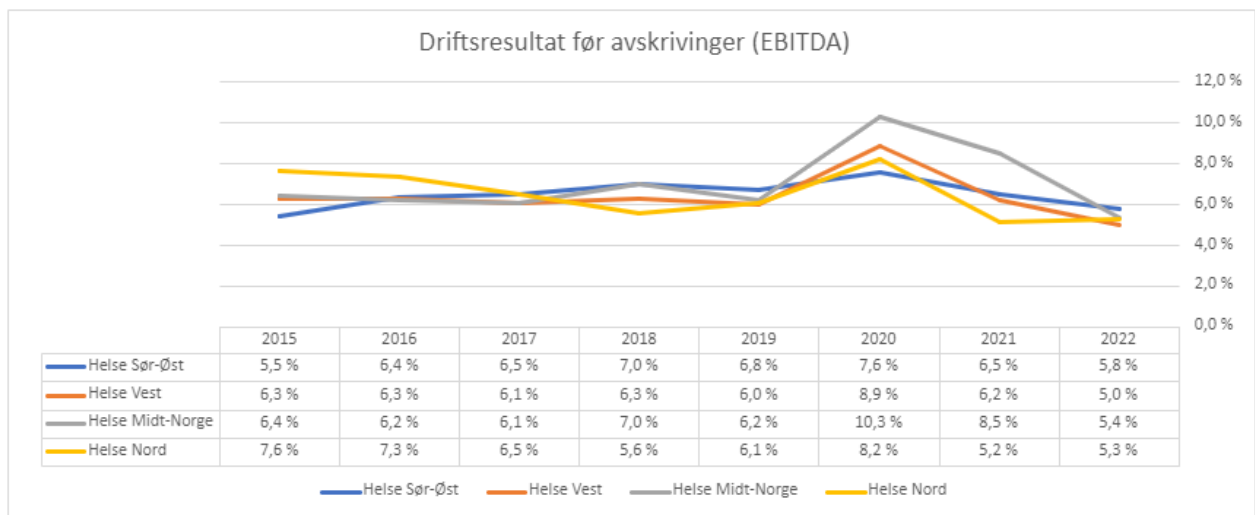
Figur 8 Resultatutviklingen for foretaksgruppen (venstre akse), samt resultatgrad (høyre akse), for økonomisk langtidsplan 2025–2028 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024–2027 (2024-kr).



Figur 9 Driftsresultat (EBITDA) for foretaksgruppen (venstre akse og stolper), samt EBITDA-margin (høyre akse og graf), for økonomisk langtidsplan 2025-2028 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027 (2024-kr). Det er benyttet faktiske driftsresultat i perioden 2018-2023 og estimat for 2024.

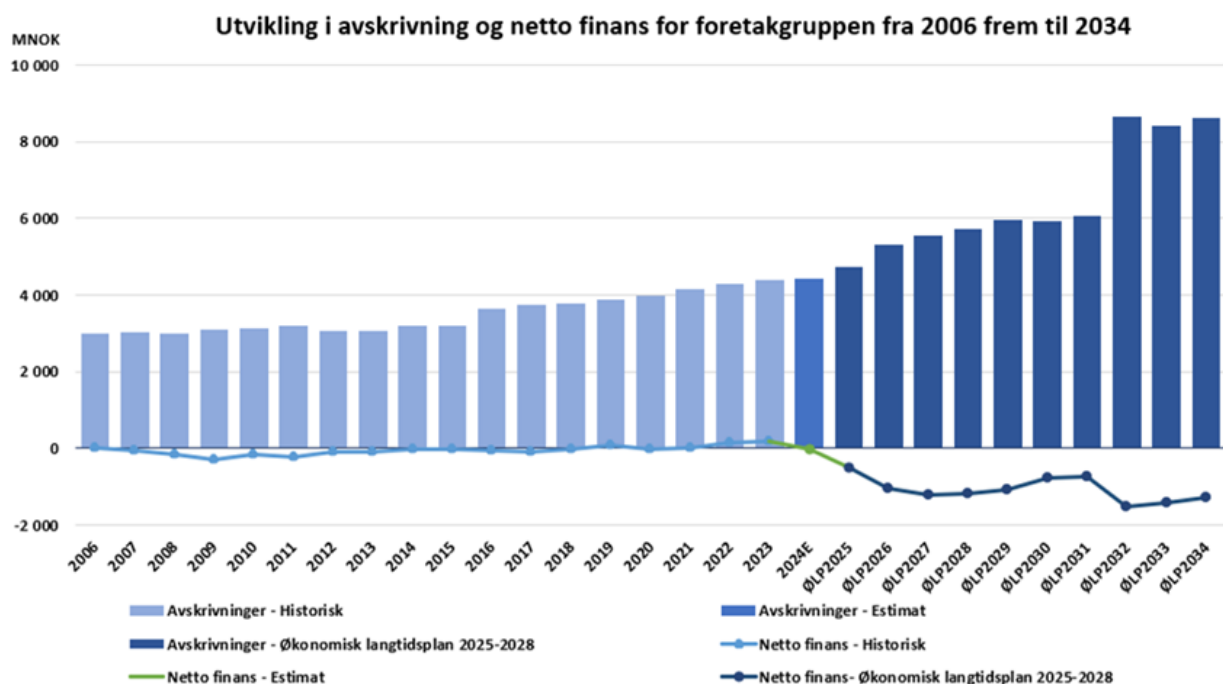
Helseforetakenes innspill viser svakere utvikling i foretaksgruppens driftsresultat før avskrivninger i perioden 2025-2028 og videre fram mot 2031, justert for deflator. I det lengre perspektivet viser innspillene en forventet bedring sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Det er lagt til grunn en samlet forbedring i driftsresultat (EBITDA justert for salgsgevinster) på 40,5 milliarder krone i perioden fra 2025 til 2034 målt mot utgang av 2024, basert på estimat per mars. Tar man utgangspunkt i at foretaksgruppen skal oppnå en samlet gjennomsnittlig resultatgrad på 2,5 prosent justert for salg i den kommende tiårsperioden vil det samlet sett være et behov for om lag 10,9 milliarder kroner i bedret driftsresultat, tilsvarende 27 prosent forbedring i driftsresultatet (EBITDA justert for salgsgevinster). Årlig utgjør dette om lag 1,1 milliarder kroner.

Driftsresultatmarginene i de andre helseregionene, slik de framgår av de offentlige tilgjengelige konsernregnskapene, har de siste årene vært forholdsvis like med utviklingen i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge har i sum hatt en EBITDA på 7,0 prosent mens de tre andre regionene har hatt 6,4 prosent i perioden 2015-2022. Fra Karolinska universitetssjukhuset i Sverige har driftsresultatmarginen de siste seks år endt på mellom minus 7,2 prosent til pluss 6,1 prosent. Samtidig er kapitalkostnadene for nytt sykehus der basert på leieavtaler, så driftsmarginen er ikke direkte sammenlignbar.



Figur 10 Driftsresultatmargin per helseregion 2015-2022

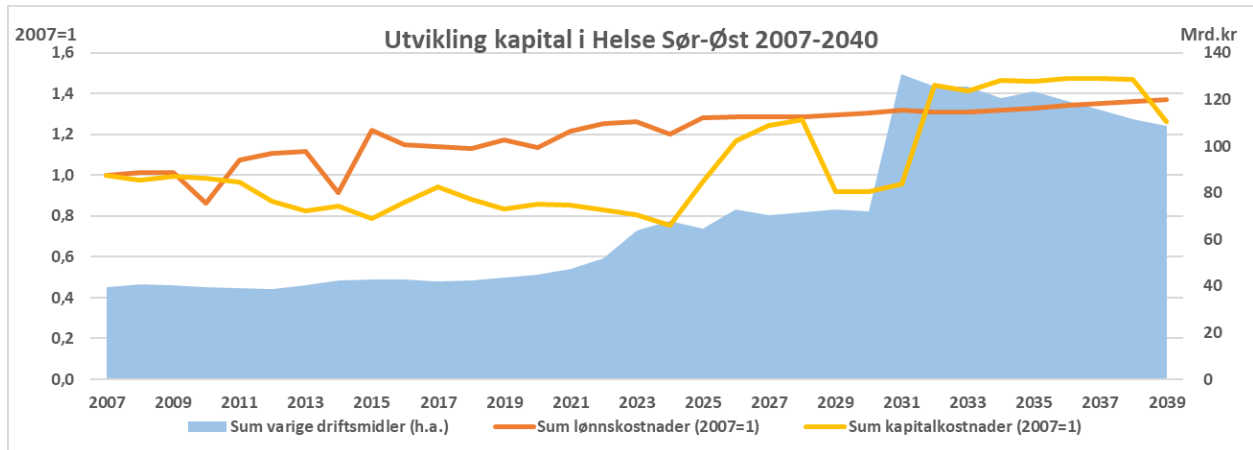
Driftsresultatet (EBITDA) skal finansiere kapitalkostnadene, i form av renter og avskrivning. I Figur 11 framstilles utviklingen i disse størrelsene i foretaksgruppen over nær tre tiår. Det har i reelle termer vært om lag nullvekst i avskrivninger siden 2006, men dette budsjetteres å øke vesentlig ved 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 11 Sum avskrivninger og renteresultat Helse Sør-Øst 2006 (Faktisk) – 2034 (innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028). Den store økningen fra 2031 til 2032 skyldes forventet ibruktakelse av nye Rikshospitalet og nye Aker mot slutten av 2031.

I Figur 12 er det framstilt hvordan størrelsene sum lønn, sum kapitalkostnader i form av renter og avskrivninger, samt balanseførte sum eiendeler har utviklet seg i siden 2007 og fram til

2040, jf. helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan. Tallstørrelsene for lønn og kapitalkostnader er prisjustert til 2024-kroner med statsbudsjettets deflator for helse. Framstillingen viser at samlede lønnskostnader har vokst mer enn kapitalkostnader siden Helse Sør-Øst ble etablert. Det er framover ventet en økning i kapitalkostnader som følge av økt rentenivå samt ferdigstilling av investeringsprosjekter.



Figur 12 Utvikling i sum lønn, sum kapitalkostnader i form av renter og avskrivninger, samt balanseførte sum eiendeler fra 2007 til 2040 basert på innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028

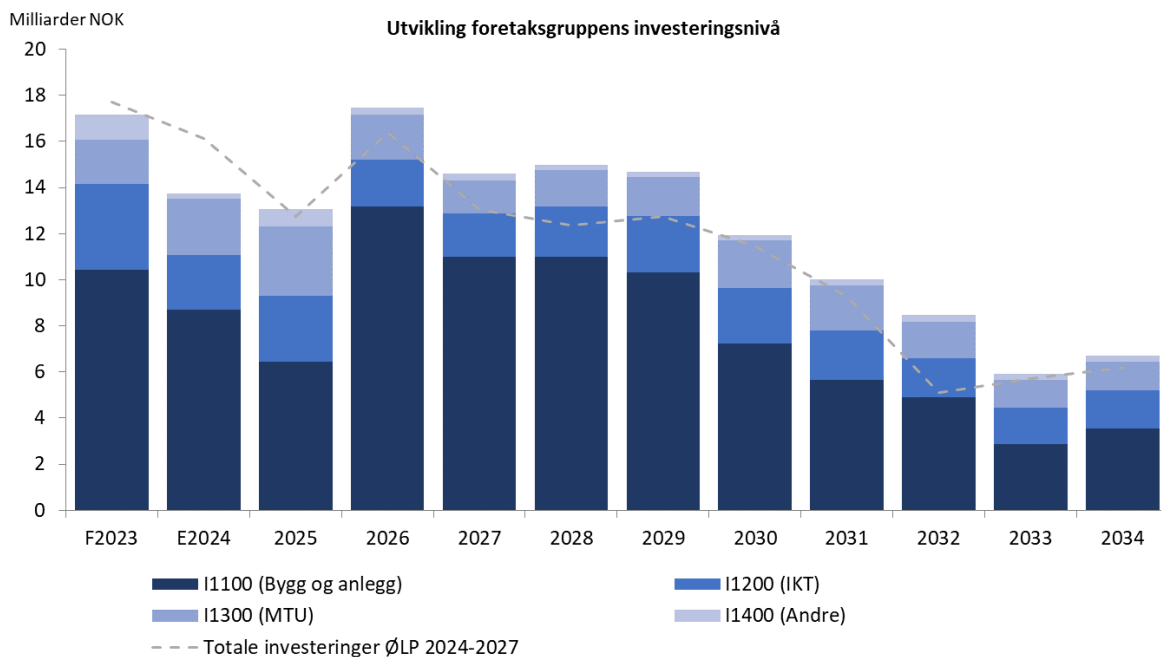
2.2 Helseforetakenes innspill og regional prioritering – investeringer: bygg, IKT og MTU

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.

Figur 13 viser samlet investeringsnivå som foreslås prioritert og innarbeidet i langtidsplanen fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer.

Investeringsnivået er høyere fram mot 2034 enn i styresak 099-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024–2027*, men samlet investeringsnivå i 2023-2044 har ikke økt. Investeringer i planperioden 2025-2028 ligger samlet på 60,1 milliarder kroner, og i perioden 2025-2034 legges til grunn et samlet investeringsnivå på 117,8 milliarder kroner. Nye prosjekter som er innarbeidet samt endringer i eksisterende prosjekter summerer seg til om lag 4,5 milliarder kroner sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024-2027 i årene 2025-2028, i tillegg blir investeringspådrag for om lag 1,5 milliarder kroner gjennomført senere enn anslaget i forrige langtidsplan. Det årlige investeringsnivået reduseres etter 2029 som følge av at store investeringsprosjekter gradvis ferdigstilles.



Figur 13 Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen i regional økonomisk langtidsplan 2025-2028 fordelt på investeringskategori (tall i milliarder kroner, 2024-kroner), sammenlignet med fjorårets langtidsplan (stiplet linje, 2023-kroner).

Det er flere endringer i tiårsperioden 2025-2034:

- Det er innarbeidet nye byggprosjekter for 0,8 milliarder kroner fram til 2034. 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 tillegg av universitetsarealer ved byggetrinn 3 på Sunnaas sykehus HF og etablering av overflateparkering ved nytt sykehus Drammen i Vestre Viken HF.
- Regionale IKT-prosjekter i regionen er økt i omfang. Det er fram til 2034 lagt inn et økt investeringsnivå på 1,6 milliarder kroner i delportefølje infrastruktur (tidl. STIM), samt en reduksjon i øvrige driftsinvesteringer og regional IKT-portefølje på 0,3 milliarder kroner. Videre øker investeringer i lokal IKT med 1,4 milliarder kroner, da investeringer i rolletelefoner og oppgraderinger for møterom er innarbeidet i langtidsplanen.
- Lokale investeringer er redusert med 3,4 milliarder kroner som følge av svakere resultater i 2024 og i planperioden hos helseforetakene sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

Enkelte prosjekter har økning utover indeksregulering gjennom vedtak av nye styrings- eller planleggingsrammer eller oppdaterte investeringsestimater sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Inkludert effekt av endret pådragsprofil summeres dette til om lag 4,4 milliarder kroner. Dette omfatter endringer i Mjøssykehuset og nytt kreft og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus, jf. egen omtale under. I tillegg omfatter det:

- Oppdatert styringsramme etter konseptfasen for nytt akuttbygg Kristiansand med 0,7 milliarder kroner (se også sak 134-2023 *Sørlandet sykehus HF – konseptfase for akuttbygg Kristiansand*)
- Oppdatert investeringsestimat 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 styringsramme for byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF med 0,1 milliarder kroner (se også sak 070-2024 *Sunnaas sykehus HF – konseptfase for byggetrinn 3 og avhending av eiendom*)

Prosjektet utbygging somatikk Skien ved Sykehuset Telemark HF ferdigstilte et utkast til forprosjektrapport i 2. tertial 2023, som viste en betydelig økning av kalkylen, i forhold til prosjektets styringsramme fra konseptfasen. Forprosjektfasen ble forlenget og det ble besluttet at prosjektet skal gjennomføres i tre delprosjekter; akuttmottak, strålesenter og sengebygg. I økonomisk langtidsplan 2025-2028 er prosjektet innarbeidet i henhold til indeksregulert styringsramme.

Prosjekter med vesentlig endring i omfang

- **Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF**

Investeringsanslaget lagt til grunn for prosjektet videreutvikling Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset) er basert på status etter steg 1 av konseptfasen. Dette innebærer at kostnaden er økt med 1,2 milliarder kroner siden forrige økonomiske langtidsplan, hvor det var planleggingsrammen som var innarbeidet. Det er også lagt inn 0,1 milliarder kroner i økt omfang for ombygginger i eksisterende sykehus i ny struktur. Pågående steg 2 av konseptfasen for prosjektet viser per nå en vesentlig økning i areal og kostnader ut over investeringsanslaget fra konseptfasens steg 1. Økt investeringsanslag i steg 2 er ikke inkludert i økonomisk langtidsplan.

Det er behov for mer tid i konseptfasearbeidet i videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF, som omtalt i sak 054-2024 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*. Arbeidet med steg to av konseptfasen viser en økning i areal og kostnader for Mjøssykehuset som er langt utover det som ble styrebehandlet etter steg én, sak 102-2022 *Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*. Detaljeringen av romprogrammet, samt ny framskriving av aktivitet etter oppdaterte modeller og aktivitetstall fra 2022, har ført til en vesentlig økning av arealet på ca. 20 000 m² brutto. Samtidig har byggeprisene økt betydelig. Anslått investeringsbehov i steg 1 omfattet kostnaden for sykehusbygget, men ikke kostnader til infrastruktur, rekkefølgekrav og parkering. En del av arealet, som universitetsfunksjoner, apotek og kiosk har annen finansiering enn resten av sykehusbygget.

Det er nødvendig med en grundig gjennomgang for å sortere ut hva som er de beste løsningene for Sykehuset Innlandet HF, og det vil være uforsvarlig å ha en for stram tidsplan for dette arbeidet. Det er også flere uavklarte forhold rundt reguleringen som vil påvirke beregningene av kostnadene. Dette gjelder blant annet ny E6 og ny Mjøsbru.

I økonomisk langtidsplan 2025-2028 er prosjektet dermed lagt inn med planlagt lånesøknad i 2025 for statsbudsjett 2027, forprosjekt i 2027 og byggestart i 2028, i samsvar med oppdatert informasjon fra prosjektet.

Vurderingen om behovet for bedre tid til konseptfasearbeidet er ikke betinget i Helse Sør-Østs tilgjengelige samlede likviditet til investeringer, men at prosjektet trenger noe mer tid for å ivareta en god prosjektgjennomføring.

- **Kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF**

Kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF tilpasses til en trinnvis utbygging. Delprosjektet byggetrinn 0 er somatisk kapasitet på kort sikt – fram til 2032, byggetrinn 1 er strålesenter og universitetsarealer, mens byggetrinn 2 er somatisk kapasitet på lengre sikt – 2040. Planene for økt sengekapasitet ses i sammenheng med oppgavedelingsprosjektet i Oslo og avtale om leie av arealer og kapasiteter fra Lovisenberg Rehabilitering AS (tidligere LHL Gardermoen, nå Cathinka Guldbergs sykehus). Det planlegges for at strålekapasitet etableres før 2031. Byggetrinn 2 forskyves til oppstart i 2035, med helseforetakets innspill på investeringskostnad lik 3,1 milliarder kroner. En effekt av forskyvingen er at helseforetaket må videreføre leieavtalen på Gardermoen til ut 2039, se også sak 029-2024 *Akershus universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase steg 2 for kreft- og somatikkbygg*.

Oppdatert planleggingsramme, pådragsprofil og prosjektsammensetning for nytt kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF utgjør en økning på til sammen 1,7 milliarder kroner for hele prosjektet til og med 2039. Av økningen i prosjektet utgjør utbygging av universitetsarealer 0,6 milliarder kroner. I sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2024-2027 forutsatte Akershus universitetssykehus HF videreføring av leieavtalene på Gardermoen. I økonomisk langtidsplan 2025-2028 er det forutsatt at nytt kreft- og somatikkbygg dimensjoneres for å erstatte de leide arealene på Gardermoen.

Feil! Fant ikke referanseilden. Store byggeprosjekter

Følgende regionalt prioriterte prosjekter ligger til grunn i økonomisk langtidsplan 2025-2028:

Helseforetak	Prosjekt (inklusive O-IKT og kostnader til tomt)	Styringsramme (P50) i 2024-kr, milliarder	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	2026	2029	Regional, konsept
	Kreft- og somatikkbygg T1*	0,7	2026	2030	Regional, konsept
	Kreft- og somatikkbygg T1 universitetsarealer*	0,6	2026	2030	Regional, konsept
	Kreft- og somatikkbygg T2*	3,1	2033	2037	Regional, konsept
Oslo universitetssykehus HF	Nytt klinikkbygg og protonsentor Radiumhospitalet	6,1	2021	2024 (Radium) og 2025 (Proton)	Regional, gjennomføring
	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	2030	2035	Regional, pre-prosjektering
Nye Rikshospitalet - Rokade C1	0,8	2023	2025	Lokal, gjennomføring	
Sunnaas sykehus HF	Byggetrinn 3	0,6	2026	2029	Regional, konsept
Sykehuset Innlandet HF	Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	13,1	2028	2031	Regional, konsept
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien inkludert strålebygg	1,4	2025	2026-2029	Regional, forprosjekt
Sykehuset Østfold HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	4,0	2027	2031	Regional, konsept
Sørlandet sykehus HF	Akuttbygg Kristiansand	1,9	2026	2028	Regional, konsept
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen (NSD) - inkl. tomt	15,6	2021	2025	Regional, gjennomføring

* investeringskostnad innarbeidet i innspill til ØLP 2025-2027. Styringsramme fastsettes i konseptfase, steg 2

Tabell 6 Regionalt prioriterte prosjekter i Helse Sør-Øst i økonomisk langtidsplan 2025-2028

IKT-investeringer

Totale årlige IKT-investeringer forventes å være om lag 2,1 milliarder kroner i gjennomsnitt i perioden 2025 til 2028, se Tabell 7 **Feil! Fant ikke referanseilden.**

- 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-investeringer bokført i Sykehuspartner HF øker sammenlignet med fjorårets langtidsplan på grunn av behov for oppgradering av møterom på helseforetakene og rolletelefoner. Nivået øker gjennom planperioden til 370 millioner kroner for 2028, men legges deretter til et nivå på 180 millioner kroner årlig etter regional prioritering.
- Ikke-byggnær IKT følger framdriften i byggeprosjektene og utgjør i gjennomsnitt i innspillet til økonomisk langtidsplan om lag 400 millioner kroner årlig.

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
Sum regional IKT	862	905	640	580	580	630
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
Sum Sykehuspartner HF	1 039	1 116	1 014	1 112	1 095	1 145
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	152	26	25	25	25	25
Delsum før ikke-byggnær IKT	2 053	2 047	1 679	1 717	1 700	1 800
Ikke-byggnær IKT	215	413	332	226	435	703
Sum IKT-investeringer	2 268	2 460	2 011	1 943	2 135	2 503

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

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.

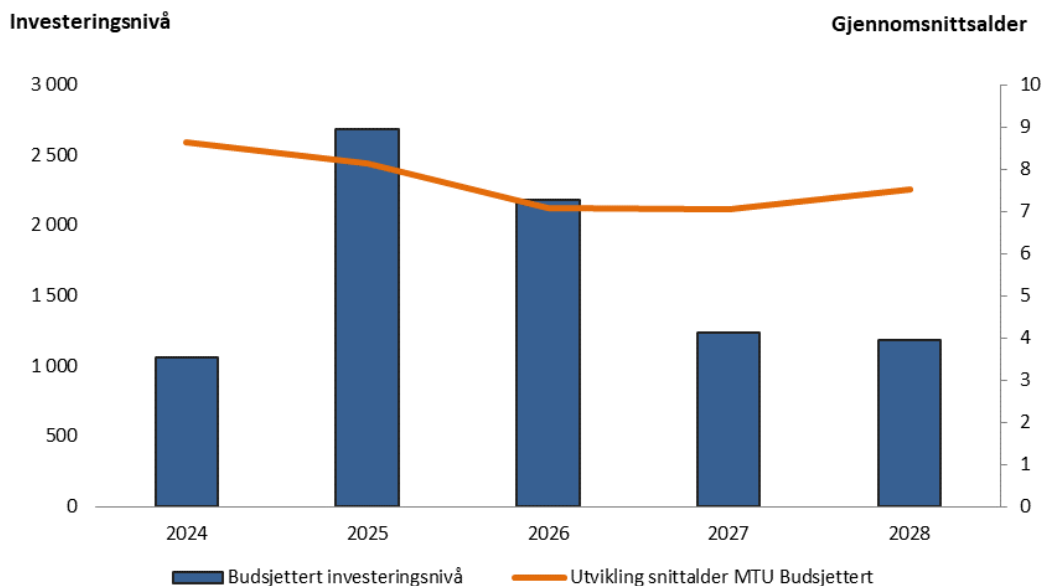
Medisinsk-teknisk utstyr

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 annen viktig forutsetning for dette arbeidet i regionen er en 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 14 viser utvikling i gjennomsnittsalder slik helseforetakene har planlagt i økonomisk langtidsplan 2025–2028.



Figur 14 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.

Finansiering av investeringer

Investeringer i økonomisk langtidsplan 2025-2028 er planlagt finansiert med blant annet:

- Sparing gjennom positive resultater
- Likviditet fra avskrivning ved resultat i balanse
- Salgsmidler fra avhending av eiendom
- Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet til utbyggings- og vedlikeholdsprosjekt over 500 millioner kroner med inntil 90 prosent av styringsramme (P50-estimat) for planlagte, men ikke vedtatte store investeringsprosjekter. For vedtatte investeringslån er det innarbeidet inntil 70 prosent lånefinansiering av styringsramme (P50-estimat)
- Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet til universitetsarealer tilsvarende 100 prosent av kostnadsrammen (P85-estimer)
- Finansiell leasing, oppad begrenset til 0,2 prosent av helseforetakets årlige samlede inntekter
- Enkelte særskilte tilskudd og gaver

Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 200 millioner kroner og regionale IKT-satsinger. Det enkelte helseforetak foretar nødvendige lokale investeringer innenfor egen tilgjengelig likviditet.

Utviklingen i foretaksgruppens likviditetsbeholdning gir et bilde på om forutsetningene som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan 2025–2028, er bærekraftige i et økonomisk perspektiv. Helseforetakenes innspill viste forbedret bæreevne illustrert med den forventede likviditetsutvikling for foretaksgruppen. Som omtalt i sak 050-2024 *Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025-2028* har endrede finansieringsforutsetninger for låneopptak (90 prosent av styringsrammen (P50-estimat)) isolert sett bedret likviditetssituasjon framover. I tillegg kan endrede renteforutsetninger for konverterte lån (statsrentebasert lånemodell gir lavere rente) gi en viss likviditetsforbedring på mellomlang sikt via muligheter for resultatforbedring.

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 arbeidskapital⁷ (+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 vurderes å være permanent for årene med høyt investeringsnivå (fram til 2029-31).

Langtidsplanen viser at likviditetsbeholdningen når minimum med 7,0 milliarder kroner i 2028, tre år før de største prosjektene ferdigstilles (Figur 15).

⁷ Arbeidskapital beregnes som netto av omløpsmidler og kortsiktig gjeld, eksklusive kontantbeholdning

Regional finansiering i Helse Sør-Øst og i økonomisk langtidspan

En andel av de årlige tildelingene fra Helse- og omsorgsdepartementet dekker kostnader som er ikke-betalbare innenfor det enkelte år, i hovedsak avskrivninger. Disse midlene inngår i en regional låneordning, der det regionale helseforetaket låner inn likviditet fra helseforetakene, som dermed opparbeider en rentebærende fordring på Helse Sør-Øst RHF (ofte omtalt som basisfordring).

Videre omfatter mellomværende mellom det regionale helseforetaket og de enkelte helseforetakene andre størrelser. Dette er: driftskreditt, som justeres med differanser i beregningen av pensjonspremie og pensjonskostnad og/eller bevilget driftskreditt til dekning av tidligere års underskudd, helseforetakenes innskudd i konsernkontoordningen, og lån fra Helse Sør-Øst RHF til bestemte formål eller enkeltprosjekter. Helseforetakene har benyttet en andel av driftskredittramme i Norges Bank, via konsernkontosystemet, til å betale pensjonspremier.

Regionalt prioriterte investeringer kan delfinansieres ved uttak eller opplåning av basisfordring. I investeringenes finansieringsplan inngår også lån fra Helse- og omsorgsdepartementet ved at Helse Sør-Øst RHF sitt lån hos departementet videreføres helseforetaket.

I økonomisk langtidspan uttrykkes mellomværende som netto av basisfordring og bank/driftskreditt, se vedlegg 1 figur 9 og vedlegg 2 for det enkelte helseforetak.

Oversikt mellomværende 2023 (tall i millioner kroner)

Foretak	Basisfordring	Lån (RHF) inkl miljølån	Bank / driftskreditt	Totalt mellomværende	Lån (HOD)
Akershus universitetssykehus HF	-1 471	-431	225	-1 677	-1 123
Oslo universitetssykehus HF	5 128	-23	-3 350	1 755	-1 373
Sykehusapotekene HF	0	0	276	276	0
Sunnaas sykehus HF	-107	-2	161	52	0
Sykehuset i Vestfold HF	271	-49	-400	-178	-2 021
Sykehuset Innlandet HF	2 224	0	-290	1 934	-57
Sykehuset Telemark HF	1 125	-1	-606	518	-3
Sykehuset Østfold HF	-964	0	-1 993	-2 957	-1 992
Sørlandet sykehus HF	1 218	-47	133	1 304	-7
Vestre Viken HF	1 105	0	-1 289	-184	-88
Sykehuspartner HF	-4 550	0	352	-4 198	0
Helse Sør-Øst RHF	-3 979	553	9 907	6 481	-6 664
Driftskredittramme	0	0	11 569	11 569	0
Sum	0	0	14 695	14 695	0

Den økonomiske langtidspanen forutsetter en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på én milliard kroner for foretaksgruppen (rød stiplet linje i Figur 15). Tilgjengelig likviditetsbeholdning inkluderer udisponert driftskredittramme. Det økonomiske handlingsrommet må tilpasses denne forutsetningen.

Ved denne tilpasningen av prosjektporteføljen er følgende lagt til grunn:

- Prosjekter i forprosjektfase og gjennomføringsfase videreføres
- Trinnvis utbygging skal utredes for regionalt prioriterte byggeprosjekter
- Framdrift for prosjekter i tidligfase vil primært måtte baseres på kapasitetsbehov framfor bygningsmessig tilstand, og tilpasses regionens økonomiske handlingsrom
- Prosjekter i helseforetaksregi må håndteres innenfor egen økonomi, uten økt bruk av regional likviditet/basisfordring

Videre er det gjort vurderinger av prosjektgjennomføring i enkelte av helseforetakenes innspill, og som følge av disse vurderingene gjort en regional tilpasning av periodiseringen av enkelte av prosjektene. Jf. omtale over er det også innarbeidet en tilpasning av framdriften i

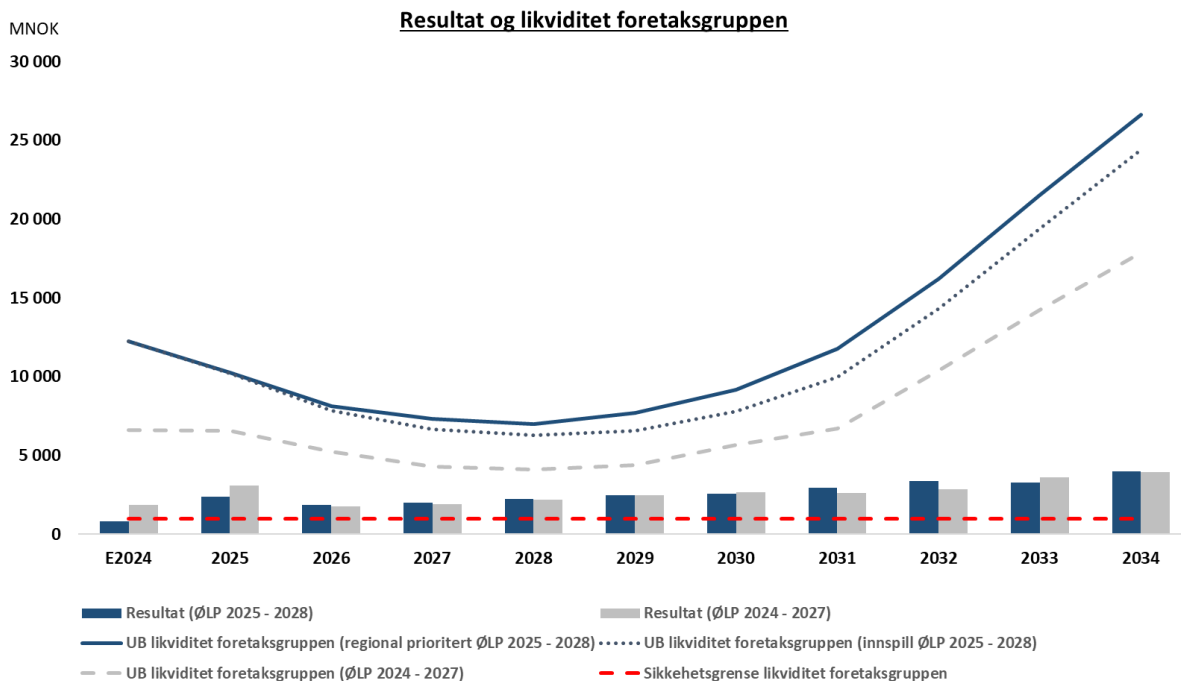
prosjektet videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset, hvor lånesøknad forventes til statsbudsjettet for 2027.

Tilpasningene (regional prioritering av byggeprosjekter) omfatter:

- i) Kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF: oppstart av byggetrinn 2 forskyves fra 2029 til 2035, fortsatt med helseforetakets investeringsestimert lik 3,1 milliarder kroner. I tillegg skyves oppstart av trinn 0 til året 2026 forutsatt at det søkes lån over statsbudsjettet sammen med trinn 1.
- ii) Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF legges til 1,5 år senere oppstart for forprosjekt da det legges til grunn at Helse Sør-Øst RHF søker lånefinansiering på statsbudsjettet 2026, se også sak 070-2024 *Sunnaas sykehus HF – konseptfase for byggetrinn 3 og avhending av eiendom*)
- iii) Oppstart av prosjektet kapasitets- og funksjonstilpasning i Kristiansand forskyves fra 2030 til 2033, da prosjektene bør legges sekvensielt. I innspillet fra Sørlandet sykehus HF anslås dette prosjektet til 0,9 milliarder kroner.
 - a. For Sørlandet sykehus HF er det lagt til grunn en sekvensiell utbygging. Nytt psykiatribygg er ferdigstilt. Det er sendt lånesøknad for nytt akutttbygg, jamfør sak 134-2023 *Sørlandet sykehus HF – konseptfase for akutttbygg Kristiansand*. Videre har helseforetaket også planer om nybygg for kvinne/barn i Kristiansand.
- iv) I tillegg endres investeringsnivået for lokale IKT-investeringer i Sykehuspartner HF for bl.a. rolletelefoner, møterom, som reduseres med 190 millioner kroner årlig til en samlet kostnad 100 millioner kroner årlig fra og med 2029.

Tilpasningene av investeringsprosjektene i økonomisk langtidsplan er basert på vurderinger i dag for planperioden. Konkrete beslutninger i de enkelte prosjektene fattes ved prosjektenes faseoverganger og investeringsbeslutning for det enkelte prosjekt må ses i lys av hvordan den økonomiske situasjonen helseforetakene og foretaksgruppen er på beslutningstidspunktet. Beslutninger om å sette i gang nye prosjekter og nivået på planlagte investeringer avhenger av at prosjektene overholder planleggings- og styringsrammer og at helseforetaket og foretaksgruppen har økonomisk bæreevne, samt av mulighetene for realisering av tomteverdier.

Figur 15 viser regional likviditet etter regional prioritering (blå linje) sammenlignet med helseforetakenes innspill (blå stiplet linje) sett mot forrige vedtatte økonomiske langtidsplan (grå stiplet linje, fra sak 099-2023).



Figur 15 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2025–2028 etter regional prioritering sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2024–2027 (tall i millioner kroner).

Det framgår av **Feil! Fant ikke referanseilden.** 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.

Når de store investeringsprosjektene er ferdigstilt på 2030-tallet, vil det være naturlig å se nærmere på om det er anledning til å dele ut noe mer av den frie likviditeten slik at helseforetakenes lokale investeringsformål kan styrkes ytterligere sammenlignet med dagens nivå på noe over en milliard kroner.

Som følge av den lange tidshorisonen 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.

Feil! Fant ikke referanseilden. Feil! Fant ikke referanseilden. Feil! Fant ikke referanseilden.

2.4 Risiko i økonomisk langtidsplan 2025-2028

Utover tilgjengelig likviditet fremstilt i Figur 15 **Feil! Fant ikke referanseilden.** avsettes resultat- og investeringsbuffer på regionalt nivå, samt lånefinansieringsbuffer for usikkerhetsavsetning (P85-estimat) for investeringsprosjekter med regionalt lån, se Figur 16. 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.

Over tid har foretaksgruppen opparbeidet en sterk økonomi gjennom sparing og oppbygging av buffere. Likviditetssituasjonen i 2024 er god, men preges av høye pensjonspremier som reduserer kontantbeholdningen og øker driftskreditten i statskassen.

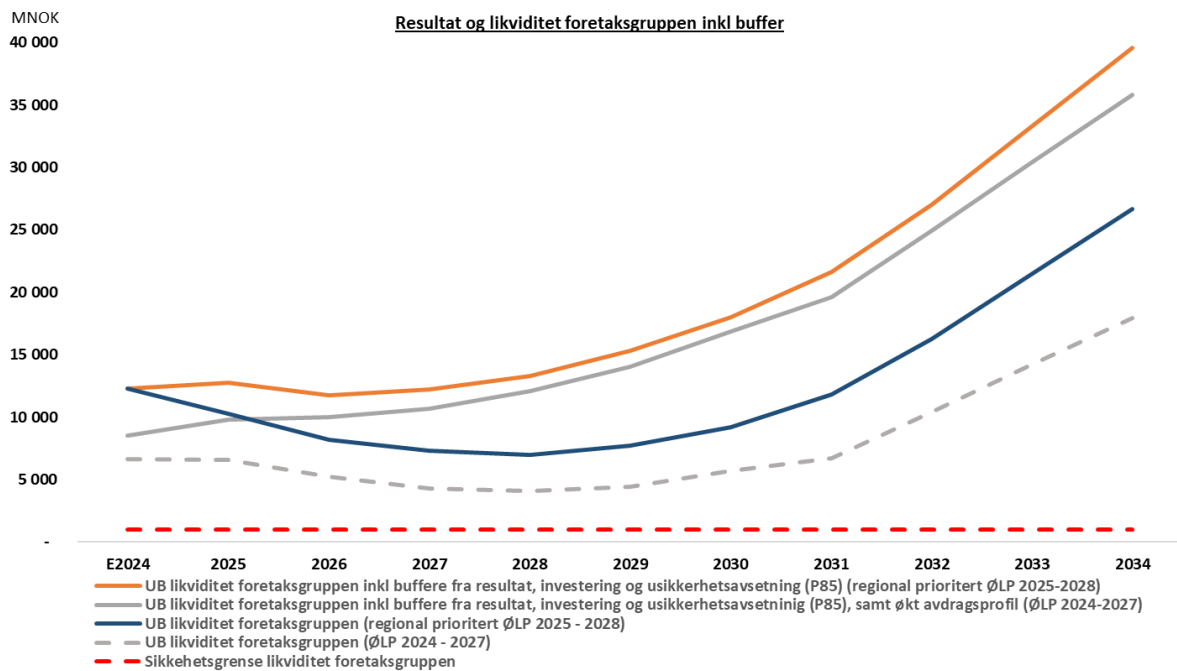
- Egenkapitalen i foretaksgruppen er betydelig og utgjorde 46,6 milliarder kroner ved utgangen av 2023 (40,8 prosent av totalkapitalen).
- Likvide midler ved utgangen av 2024 er estimert til 12,2 milliarder kroner. Bankbeholdningen vil da være cirka -3,3 milliarder kroner, men i tillegg kommer driftskreditrammen i statskassen på ca. 15,6 milliarder kroner.
- Foretaksgruppen har årlig om lag 4,4 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Fri likviditet består av ikke-betalbare kostnader og inntekter, det vil si avskrivninger korrigert for utsatt inntektsføring av investeringstilskudd. Nivået er estimert til å øke, og gjennomsnittet for de første fire årene er 5,3 milliarder kroner. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og til helseforetakenes lokale investeringsformål.

Midler fra ubenyttede buffere 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 likviditetsbuffere i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere ulike buffere 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 3,9 milliarder kroner frem til 2028 og 8,0 milliarder kroner frem til 2032 gitt at bufferne ikke kommer til anvendelse.

Likviditetsmessig buffer fra låneadgangen tilknyttet byggeprosjektenes 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. Helseforetakene har i innspill til årets langtidsplan i større grad tatt hensyn til muligheten til at avdragstiden på lån avstemmes mot økonomisk levetid i prosjektene, slik at grafene inkludert buffer og økt avdragstid er sammenlignbare.

Figur 16 illustrerer likviditetsutviklingen de kommende årene dersom bufferne ikke kommer til anvendelse, basert på innspillene fra helseforetakene. Det samlede likviditetsnivået på lang sikt inklusive buffere viser en liten økning fra fjorårets økonomiske langtidsplan.



Figur 16 Tilgjengelig likviditet i økonomisk langtidsplan inkludert buffere og etter regional prioritering, sammenlignet med tilsvarende likviditetskurver fra fjorårets langtidsplan

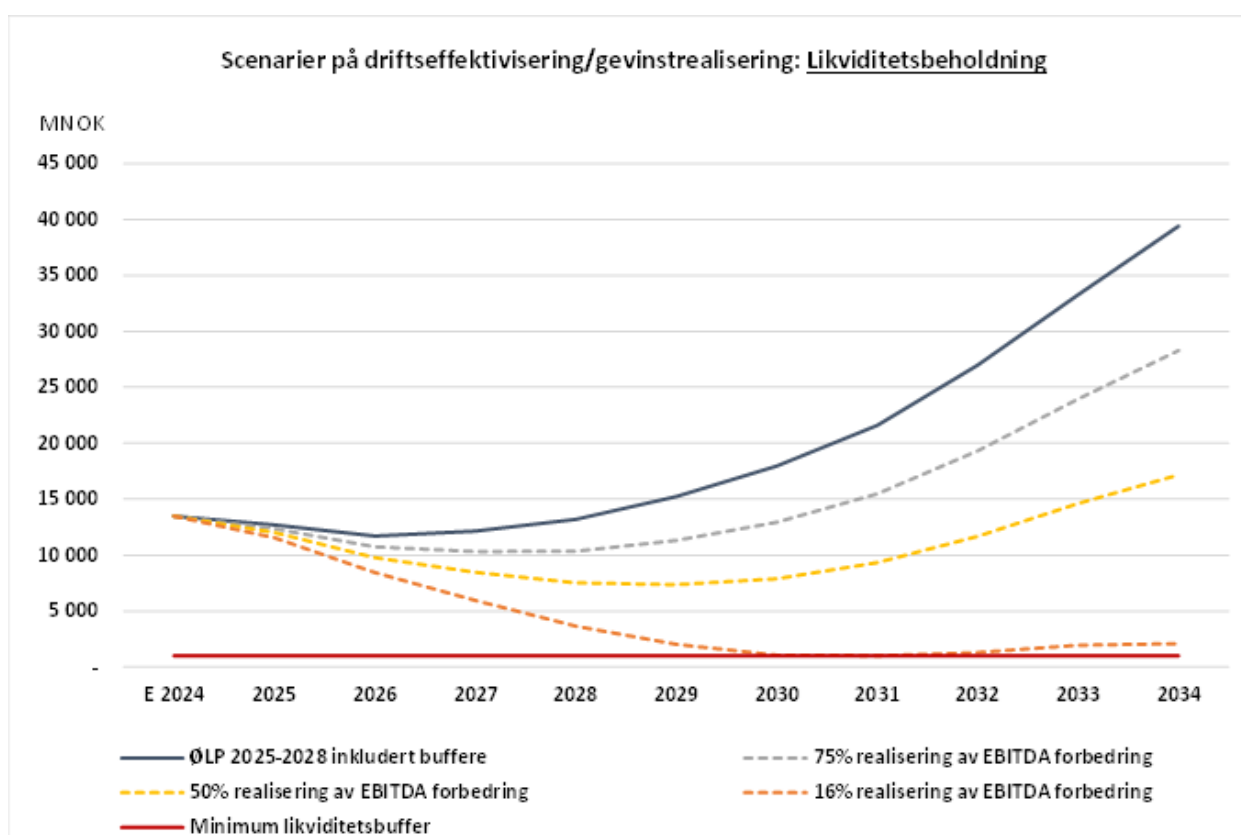
Planleggingen for de kommende årene er basert på en rekke forutsetninger, og mange elementer i økonomisk langtidsplan har iboende usikkerhet. Enkelte risikoer har opphav i eksterne forhold, andre ligger under foretaksgruppens egen kontroll. Her omtales risikoene isolert for å synliggjøre effekten av 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 **Feil! Fant ikke referanseilden.** Det er tillagt resultat-, investering- og lånebuffer. 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, samt styring av bemanningskostnader. Hvis målsettingene ikke oppnås, reduseres foretaksgruppens likviditet i de kommende årene. Samtidig er det viktig å bemerke at likviditetskurvene i figurene Figur 17 og Figur 19 har lagt til grunn en slik noe lavere effektiviseringsgrad de første årene i oppdatert langtidsplan.

Figur 17 viser sensitiviteten for manglende driftseffektivisering. Heltrukken linje viser likviditeten i økonomisk langtidsplan 2025-2028 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 ikke realiserer mer enn 16 prosent av innarbeidet resultatforbedring fra 2025 og årene fremover. I økonomisk langtidsplan 2024-2027 var tilsvarende nødvendig effektivisering på minst 29 prosent (merk: i fjorårets sensitivitet var det ikke innarbeidet lånebuffer). Reduksjonen skyldes ikke at helseforetakene har lagt til grunn en større 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.



Figur 17 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 framover enn det som er lagt til grunn i 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 reflekteres i

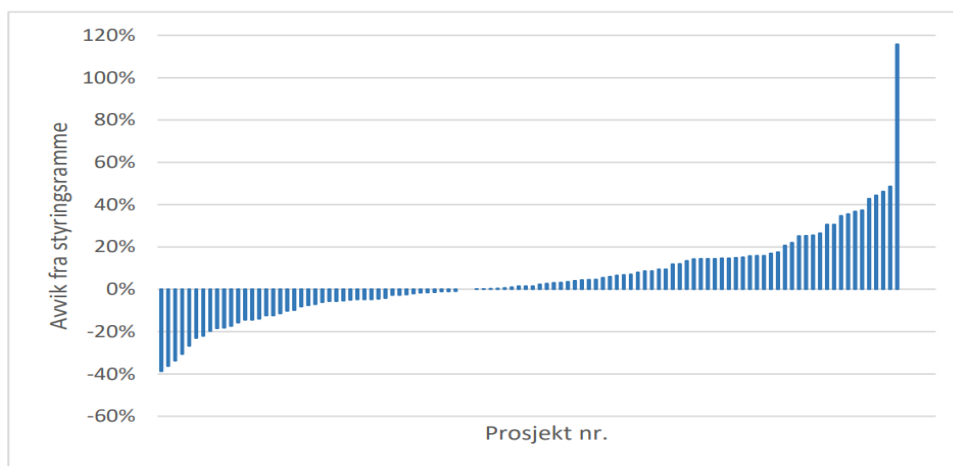
statsbudsjettets deflator, og dermed avdempe effekten for foretaksgruppen.

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 rulling 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.

Med en betydelig investeringsportefølje finnes iboende risiko for kostnadsoverskridelser. For statlige prosjekter er det vist i rapport⁸ fra Concept (NTNU) at 58 prosent av 106 undersøkte prosjekter innenfor veg, IKT, jernbane, bygg samt forsvarsmateriell, har hatt en sluttkostnad over styringsrammen (P50-estimat).



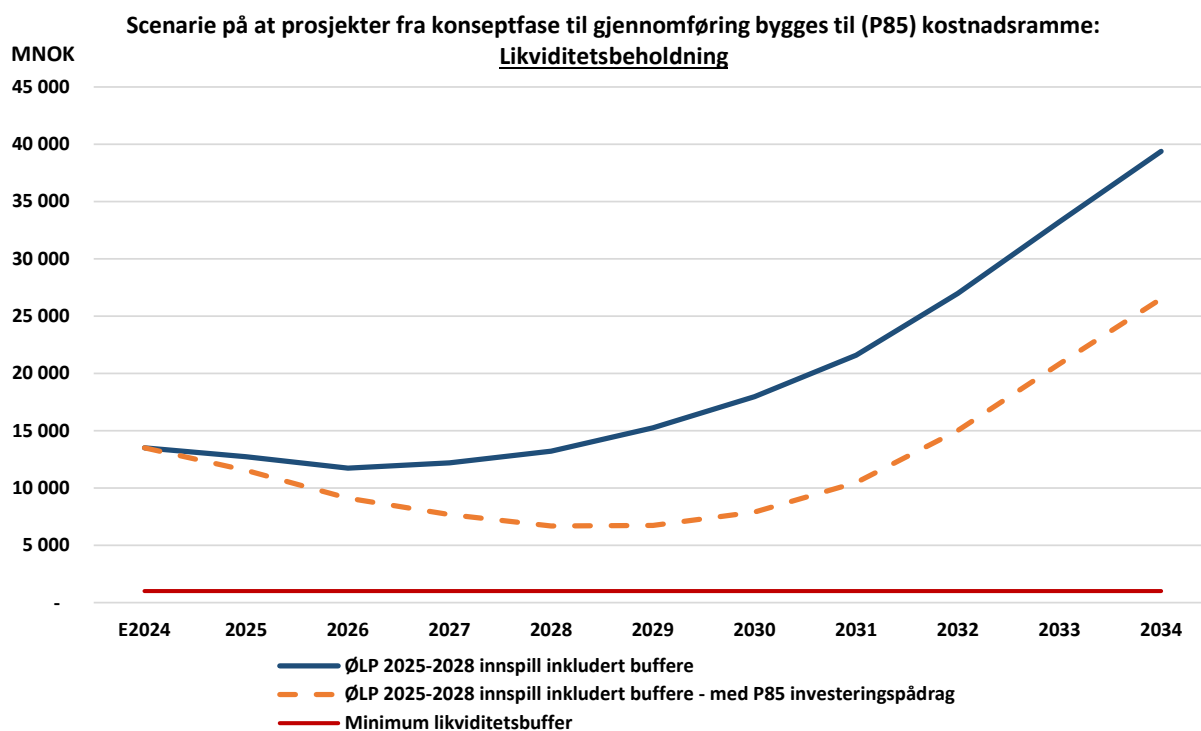
Figur 18 Concept arbeidsrapport 2024-1 – Kostnadsoverskridelser og forsinkelser i store statlige prosjekter – en oppdatering, figur 4-2

Undersøkelsen inkluderte ikke prosjekter i spesialisthelsetjenesten, men risikoen for kostnader utover styringsrammen gjelder også for vår sektor. Fra egne prosjekter i Helse Sør-Øst har prosjektene endt nær styringsrammen, men det er også eksempler på prosjekter som ender over:

⁸ Kostnadsoverskridelser og forsinkelser i store statlige prosjekter – en oppdatering (2024) Concept arbeidsrapport 2024-1

- Tønsberg-prosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF: ca. 1,5 prosent under P50
- Nytt psykiatribygg Kristiansand ved Sørlandet sykehus HF: ca. 5 prosent under P50
- Prosjekt nytt østfoldsykehus ved Sykehuset Østfold HF: «Styringsrammen for nytt østfoldsykehus ble overholdt, men utbyggingen i Moss ble dyrere enn forutsatt.»
- Nytt sykehus i Drammen vil ende over styringsrammen. Det vises til sak xxx-2024 Vestre Viken HF – planmessig inntektsstøtte.

Figur 19 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 12,9 milliarder kroner i investeringer per 2034. Økt bruk av lån er forutsatt vil dekke cirka 5,4 milliarder kroner slik at reduksjonen i foretaksgruppens likviditet justert for renteeffekter fra reduserte bankinnskudd og økte avdrag på lån blir om lag 10 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 19 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:

- Framdrift og måloppnåelse i de store IKT-prosjektene er viktig 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 tidshorisonnt 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 7. mars i år vedtatt av styret i sak 019-2024. Helseforetakene har lagt disse til grunn i sine innspill. Styret fikk i sak 050-2024 en orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2025-2028 der summen av helseforetakenes innspill framgikk. Styret har i denne saken fått forslag til økonomisk langtidsplan 2025-2028 for Helse Sør-Øst. Den regionale planen baserer seg på innspillene fra helseforetakene, men det er gjort regionale vurdering og tilpasninger av perioden for gjennomføring av planlagte investeringsprosjekter.

Helseforetakene planlegger for å øke tilgjengeligheten og redusere ventetider i planperioden. De har planlagt med vekst i ISF-poeng innen alle tjenesteområder i planperioden og vekst i antall døgnopphold i psykisk helsevern for voksne og for voksne. Det er en prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I etterkant av at planforutsetningene ble fastsatt i mars, og helseforetakene ga sine innspill, har regjeringen sammen med arbeidstakerorganisasjonene, arbeidsgiverorganisasjonene og de regionale helseforetakene underskrevet «ventetidsløftet». Målet er at partnerne sammen vil jobbe for å snu trenden for ventetidsutviklingen og sørge for en nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025 og en videre markant reduksjon i ventetiden som legger til rette å nå de langsiktige målene definert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. «Ventetidsløftet» må ses i sammenheng med de foreslåtte bevilgningene i revidert nasjonalbudsjett. Mål om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.

Administrerende direktør viser til virksomhetsrapportene styret har fått seg forelagt gjennom 2024 og senest for april og mai måned. Rapportene viser at den driftsøkonomiske situasjonen i sum er krevende. Foretaksgruppen har et negativt budsjettavvik. Det er høyere bemanningskostnader enn budsjettet, og sykefraværet er høyt. For å nå målene i økonomisk langtidsplan 2025-2028 må det arbeides målrettet i helseforetakene for en bedre driftssituasjon i inneværende år. 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, viser økonomisk langtidsplan 2025-2028 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 inneværende år vil ytterligere kunne lette den krevende økonomiske situasjonen helseforetakene i dag står i og legge til rette for bedre økonomiske resultater.

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. Helseforetakenes analyser av framtidig behov for bemanning og nødvendig tilpasning av kompetanse er nødvendig for bedre

ressursbruk og framtidig godt tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser må derfor øke i tråd med behovet. Det er i helseforetakenes innspill lagt til grunn en reduksjon i sykefraværet sammenlignet med det høye nivået som har vært etter pandemien. Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med å redusere sykefraværet og behovet for å redusere innleie og overtid må vise resultater. Det vil være en viktig del av arbeidet med å bedre driftsresultatene.

Det er flere forhold som er under avklaring, og som vil kunne påvirke økonomisk utvikling framover. Foreslåtte bevilgningsendringer i revidert nasjonalbudsjett og forslaget i Nasjonal helse- og samhandlingsplan om å redusere ISF-andelen fra 40 til 30 prosent er ikke innarbeidet i planen. Pågående og planlagte anskaffelsesprosesser for kjøp av eksterne helsetjenester vil påvirke driftsøkonomien utover det som framgår 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. Prosjektet er innarbeidet med estimat fra steg 1 av konseptfasen og med lånesøknad til statsbudsjettet i 2027.

Administrerende direktør bemerker at det i økonomisk langtidsplan er planlagt med et investeringsnivå i perioden 2025-2028 på 60,1 milliarder kroner og 117,8 milliarder kroner i perioden fram til 2034. Det tas høyde for å fullføre store byggeprosjekter i forprosjekt- og gjennomføringsfase. Fremtidige beslutninger om å sette i gang nye byggeprosjekter og nivået på planlagte investeringer i teknologi avhenger av at prosjektene overholder planleggings- og styringsrammer, og at helseforetaket og foretaksgruppen har økonomisk bæreevne, samt av mulighetene for realisering av tomteverdier. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i 2025-2028 skal primært være begrunnet i kapasitetsbehov og fremmes styret for behandling.

Det planlegges med et gjennomsnittlig årlig investeringsnivå innen IKT i perioden 2025-2028 på 2,1 milliarder kroner. Det legges til grunn at vedtatte IKT-investeringer i gjennomføres som planlagt. Administrerende direktør mener det er nødvendig at foretaksgruppen lykkes med de gevinstrealiseringsplanene som ligger til grunn for investeringsplanene på IKT-området. Helseforetakene har ansvar for å ta i bruk de ulike løsningene som forutsatt og bidra til dette.

Selv om helseforetakene planlegger med et økt vedlikeholds nivå, og det prioriteres nybygg ved helseforetak, vil det ta tid å redusere vedlikeholdsetterslepet. Helseforetakene har innarbeidet et vedlikeholds nivå i tråd med planforutsetningene på 350 kr/kvm, med unntak for enkelte helseforetak med større investeringsprosjekter som erstatter arealer med vedlikeholdsbehov.

Vedlikeholdsmidler i økonomisk langtidsplan vil ikke lukke vedlikeholdsetterslepet i planperioden. En mer krevende driftssituasjon gjør det vanskeligere for helseforetakene å prioritere vedlikehold. Dette gjelder også for regionen som helhet. Det anbefales å opprettholde tildelingen av likviditet til ekstraordinært vedlikehold 2025 og 2026 på 200 millioner kroner årlig. Administrerende direktør vil på slutten av inneværende år legge fram en sak for styret knyttet til evalueringen av erfaringene fra innføringen av internhusleie 2023. Husleieordningen skal bidra til mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.

Administrerende direktør påpeker at helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete tiltak som anses nødvendig for å redusere risiko og oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene for å redusere risiko forbundet med innflytting i nye bygg eller ved at ny teknologi tas i bruk.

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Trykte vedlegg:

- Vedlegg 1: Økonomisk langtidsplan 2025-2028 – Tabell
- Vedlegg 2: Økonomisk langtidsplan 2025-2028 – Helseforetakenes innspill

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](#) – behandlet 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](#) – behandlet 27. mai 2024
 - Sykehuset Telemark HF – [Sak 036-2024 Økonomisk langtidsplan 2025-2028](#) – behandlet 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 – [sak 028-2024 ØLP 2025-2028](#) – behandlet 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 tilgjengelig på hvert enkelt helseforetaks nettsider og det presiseres at vedtak kan avvike fra det som ble foreslått.