

MØTEPROTOKOLL

Drøftinger **Jfr Hovedavtalens § 42**

Dato: 10.03.2021.

Parter:

Helse Sør-Øst RHF: Hanne Gaaserød, Rune Simensen og Erik Thorshaug.

Unio: Konserntillitsvalgt Irene Kronkvist.
LO: Konserntillitsvalgt Lasse Sølvberg.
Akademikerne: Konserntillitsvalgt Christian Grimsgaard.
YS: Konserntillitsvalgt Mette Vilhelmshaugen.
SAN: Konserntillitsvalgt Rita von der Fehr.

Helse Sør-Øst RHF viser til at KTV har bedt om drøftingsmøte i e-post 8.03.2021 med hjemmel i HA § 42.

Fremsatt drøftingstema - Krav om drøftinger om:

- Styresak 018-2021 Tertialrapport 3 2020 for regional IKT-prosjektportefølje
- Styresak 024-2021 Økonomisk langtidsplan, planforutsetninger

Fremlegg fra konserntillitsvalgte; Unio, LO, Akademikerne, YS og SAN:

- Ad styresak 018-2021 Tertialrapport 3 2020 for regional IKT-prosjektportefølje

I tertialrapporten anføres merknader fra ekstern kvalitetssikrer knyttet til nedleggelse av RKL og avvikling av programstyret. Kvalitetssikrer anfører at det i ny organisering må etableres gode mekanismer for å involvere de kliniske fagmiljøene og teknologimiljøene ved de enkelte helseforetakene. I rapporten beskrives involvering av de administrerende direktørene i porteføljestyret som ett av tiltakene. Øvrige tiltak er i liten grad konkretisert.

Etter KTVs syn har utviklingen av IKT-feltet i sykehusene båret preg av for svak forankring i de kliniske miljøene og de lokale teknologimiljøene. KTV deler kvalitetssikrers bekymring knyttet til endringene. Involvering av de administrerende direktørene anses ikke å være et tiltak som sikrer involvering av kliniske fagmiljø. KTV vil også peke på at koplingen mot sykehusene svekkes ved at tillitsvalgte ikke lenger er representert i et overordnet IKT-styre.

- Ad styresak 024-2021 Økonomisk langtidsplan, planforutsetninger

KTV har gjennomgått styresaken og har noen merknader og spørsmål:

- I pkt 2.4 er det anført at det skal «legges til rett for at veksten innen psykisk helsevern og er høyere enn i somatikk». Hvilke(t) vekst-mål siktes det til her?
- I pkt 2.6 anføres det at Helse Sør-Øst RHF vil gjennomføre en behovsanalyse som grunnlag for helseforetakenes arbeid med å sørge for tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere. Har ikke regionen og helseforetakene gjennomført analyse av behov for spesialsykepleiere tidligere?
- I tabell 8 under pkt. 2.7.1 er det redegjort for produktivitetsutviklingen i foretaksgruppen. Den samlede årlige veksten målt som ISF-poeng per brutto månedsverk anføres å være 1,4 prosent. Hva er veksten i foretaksgruppen målt som ISF-poeng per krone?
- I tabell 10 fremkommer det at Helse Sør-Øst for 2020 holder tilbake 150 millioner av midlene som er fordelt til økt aktivitet. Kommer disse 150 millionene i tillegg til den årlig

avsatte bufferen på 600 millioner? Hva er i så fall begrunnelsen for denne disposisjonen?

- I tabell 10 er det beskrevet at Helse Sør-Øst også framover vil tilbakeholde midler som er bevilget til aktivitetsvekst. Den samlede kumulative effekten av disse foreslåtte disposisjonene vil være oppbygging til et (årlig) nivå på 425 millioner i 2025. Kommer disse midlene i tillegg til de årlige buffer-avsetningene? Til hvilket formål er midlene tenkt anvendt? Har ikke helseforetakene et stort behov for tilgang til disse midlene i pasientbehandlingen?
- I pkt 2.7.4 omtales enkelte forhold som finansieres på siden av inntektsmodellen. Det beskrives at «det er gjort en fornyet gjennomgang av disse forholdene i forbindelse med oppdateringen av inntektsmodellen». Hva innebærer dette? Har gjennomgangen av disse forholdene medført en omfordeling? Hvordan har dette slått ut? Burde denne type endringer vært gjennomført i forbindelse med organisert gjennomgang av inntektsfordelingen med deltakelse fra helseforetakene og de private ideelle?
- I tabell 11 er omfordelingseffekter av inntektsmodellen framstilt. Kumulativ effekt for Oslo Universitetssykehus er en vekst på 252 millioner. Alle øvrige helseforetak har samlet sett en negativ utvikling over disse årene. Hva er begrunnelsen for disse endringene?
- I pkt 2.7.6 fremkommer det at det planlegges med et årlig overskudd på 200 millioner samt en årlig investeringsbuffer på 200 millioner. Kommer dette i tillegg til den regionale resultatbufferen på 600 millioner? Innebærer dette at RHfet samlet planlegger med 1 milliard i årlig buffer? Hvordan har dette nivået utviklet seg de siste 10 årene?
- I pkt 2.7.7 omtales effektiviseringskravet som følger av ABE-reformen. Det beskrives at effekten er om lag 100 millioner årlig. Hvordan fordeles dette kravet mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket?
- I pkt 2.8.1 fremkommer det at departementet yter lån basert på P85-estimat, men at investeringsprosjektene i foretaksgruppen skal styres etter P50-estimat. Vil denne bestemmelsen kunne føre til at byggeprosjekter ikke vil la seg realisere som forutsatt i planleggingsfase? Kan bestemmelsen medføre at det treffes valg som svekker kvaliteten i prosjektene?
- I pkt 2.8.2 beskrives regionalt prioriterte prosjekter. Det foreslås å flytte innplassering av laboratoriebygg i OUS fra etappe 2 til etappe 1. Det har vært omtalt at dette kan dreie seg om 30 000 kvm, som vel tilsvarer en investeringskostnad på i størrelsesorden 3 milliarder. Er dette prosjektet tenkt prioritert foran Mjøssykehuset?
- I pkt 2.10.2 anføres det at ordinært vedlikehold bør ligge på 250 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen. Hvor mye brukes nå per år per kvadratmeter? Hva vil den faktiske beløpsendringen være for sykehusene?
- I pkt 2.12.2 omtales leasing. Det vises til finansstrategien og bestemmelsene om at årlig leiebetaling ikke kan utgjøre mer enn 0,2 prosent av årlig samlet inntekt. Hva er nivået i dag i de ulike helseforetakene?

Helse Sør-Øst RHF bemerker:

- Ad styresak 018-2021 Tertialrapport 3 2020 for regional IKT-prosjektportefølje

Fra januar 2021 ble regional klinisk løsning (RKL) endret fra å være et program til å være en samling av prosjekter i en delportefølje. Med denne endringen ble det også naturlig å avvikle programstyret for RKL. Dette vil gjøre rollen til både IKT-porteføljestyret og styringsgruppen for hvert enkelt prosjekt tydeligere. Porteføljestyret er ansvarlig for å beslutte hvilke nye prosjekter som skal iverksettes og styringsgruppene er ansvarlig for at prosjektene gjennomføres i henhold til de rammene som er satt for prosjektene.

Styringsgruppene for prosjektene settes sammen med medlemmer fra helseforetakene, inkludert Sykehuspartner HF, og fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene oppnevner selv representanter til styringsgruppene og disse er utvidet til å ha representanter fra alle helseforetakene. Det er ønskelig å få representanter i styringsgruppene med både

medisinskfaglig/helsefaglig kompetanse og teknologikompetanse. De konserntillitsvalgte inviteres inn i styringsgruppene og kan delta selv eller oppnevne lokale tillitsvalgte. Alle saker som legges frem for IKT-porteføljestyret, behandles først i regionalt teknologiledermøte hvor alle helseforetakenes IKT-ledere deltar. Det er også diskutert med IKT-lederne at disse skal være pådrivere lokalt for tverrfaglig involvering. På denne måten kan IKT-lederne være gode rådgivere for sin administrerende direktør i helseforetaket.

De administrerende direktørene i helseforetakene, som utgjør IKT-porteføljestyret, er ansvarlige for å involvere ressurser fra egen organisasjon i forkant av beslutninger i porteføljestyret. Dette inkluderer både kliniske ressurser, IKT-ressurser og lokale tillitsvalgte. Videre er de administrerende direktørene ansvarlige for å inkludere de samme lokale ressursene i lokale mottaksprosjekter.

I alle IKT-prosjekter som omhandler kliniske løsninger, er det frikjøp av kliniske ressurser fra helseforetakene inn i prosjektene. Dette er viktig og en del av delstrategi for teknologiområdet. De kliniske ressursene skal bidra til at løsningene dekker de faktiske behovene i klinikken.

De konserntillitsvalgtes medvirkning og medbestemmelse ved saker som skal fremlegges IKT-porteføljestyret for behandling, skjer ved at sakene behandles i et eget arbeidsutvalg bestående av representanter fra regionalt porteføljekontor og konserntillitsvalgte. Direktør teknologi og e-helse vil lede arbeidsutvalget. Det er også direktør teknologi og e-helse som rapporterer til porteføljestyret. Det skal søkes enighet om innstilling fra dette arbeidsutvalget til porteføljestyret. I tillegg vil referat fra behandlingen i arbeidsutvalget være med i underlaget som fremlegges porteføljestyret.

Oppsummert betyr dette at både konserntillitsvalgte og helseforetakene skal være godt representert både i den operative styringen som skjer i prosjektenes styringsgrupper og i den strategiske styring som utøves i IKT-porteføljestyret.

- Ad styresak 024-2021 Økonomisk langtidsplan, planforutsetninger

Spørsmål: *I pkt 2.4 er det anført at det skal «legges til rett for at veksten innen psykisk helsevern og er høyere enn i somatikk». Hvilke(t) vekst-mål siktes det til her?*

Svar: Dette er en videreføring av de samme kravene som tidligere for å innfri prioriteringsregelen, jf. styresak 126-2020 om budsjett for 2021: «Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk.» Vekst i pasientbehandling måles med antall polikliniske opphold, jf. oppdragsdokument 2021 til Helse Sør-Øst RHF.

Spørsmål: *I pkt 2.6 anføres det at Helse Sør-Øst RHF vil gjennomføre en behovsanalyse som grunnlag for helseforetakenes arbeid med å sørge for tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere. Har ikke regionen og helseforetakene gjennomført analyse av behov for spesialsykepleiere tidligere?*

Svar: Helse Sør Øst RHF har over flere år samarbeidet med helseforetakene om å analysere bemanningsbehov og utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere, samt andre yrekdesgrupper. Det er også stilt krav om dette i oppdrag og bestilling til helseforetakene i flere omganger. I oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene i regionen ble det stilt følgende krav; «Helseforetaket skal avsette ressurser til utdanningsstillinger som ivaretar fremtidig behov i tjenesten.»

Helse Sør-Øst RHF har i oppdragsdokumentet 2021 fått i oppgave å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har også fått i oppgave å utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort,

mellemlang og lang sikt. Det er viktig at Helse Sør-Øst RHF følger opp de krav som er gitt i oppdragsdokumentet.

Spørsmål: I tabell 8 under pkt. 2.7.1 er det redegjort for produktivitetutviklingen i foretaksgruppen. Den samlede årlige veksten målt som ISF-poeng per brutto månedsverk anføres å være 1,4 prosent. Hva er veksten i foretaksgruppen målt som ISF-poeng per krone?

Svar: Tabellen under viser en tilsvarende tabell som tabell 8, men for kostnad per DRG og ikke brutto månedsverk per DRG. Tallene er hentet fra Helsedirektoratet (SAMDATA), og alle tilgjengelige år er hentet ut (fra 2015 til 2019). For mer informasjon om produktivitet og produktivitetutvikling vises det til Helsedirektoratets rapport *Produktivitetutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste*¹.

Kostnad per DRG	F2015	F2016	F2017	F2018	F2019	% endring F2015 – F2019	Gjennom- snittlig årlig endring
Akershus universitetssykehus HF	53 046	53 027	50 830	50 787	48 012	-9,5 %	-2,4 %
Oslo universitetssykehus HF	62 365	61 946	59 193	58 523	59 266	-5,0 %	-1,2 %
Sunnaas sykehus HF	78 783	82 373	73 026	73 513	77 152	-2,1 %	-0,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	44 635	45 796	43 568	44 131	43 507	-2,5 %	-0,6 %
Sykehuset Innlandet HF	46 942	47 381	43 752	45 321	46 570	-0,8 %	-0,2 %
Sykehuset Telemark HF	50 452	49 983	46 286	45 385	45 535	-9,7 %	-2,4 %
Sykehuset Østfold HF	53 136	52 599	46 426	47 129	46 038	-13,4 %	-3,3 %
Sørlandet sykehus HF	50 970	49 667	47 244	48 988	48 891	-4,1 %	-1,0 %
Vestre Viken HF	45 237	45 400	43 004	43 099	43 592	-3,6 %	-0,9 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	53 070	52 904	49 986	50 094	50 185	-5,4 %	-1,4 %
Årlig endring i prosent	Ikke relevant	-0,3 %	-5,5 %	0,2 %	0,2 %		

Negativt tall = redusert kostnad per DRG. Mellom 2016 og 2017 påvirkes kostnader av merverdiavgiftskompensasjon.

Spørsmål: I tabell 10 fremkommer det at Helse Sør-Øst for 2020 holder tilbake 150 millioner av midlene som er fordelt til økt aktivitet. Kommer disse 150 millionene i tillegg til den årlig avsatte bufferen på 600 millioner? Hva er i så fall begrunnelsen for denne disposisjonen?

Svar: I 2020 ble 150 millioner kroner av midler til aktivitetsvekst på i alt 508,3 millioner kroner, disponert til Helse Sør-Øst RHF (jf. styresak 094-2019 *Budsjett 2020 – fordeling av midler til drift og investeringer*). Vekstmidler til det regional helseforetaket disponeres til oppbygging av regional resultat- og likviditetsbuffer, håndtering av forventede økte kostnader til finansiering av regionale og nasjonale satsinger, samt til de felleseide foretakene. Videre skal midlene gå til vekst i kjøp av pasientbehandling hos private. Av midlene til Helse Sør-Øst RHF i 2020 skulle 30,2 millioner kroner disponeres til dekning av vekst i kostnader til drift, forvaltning og utvikling av nasjonale e-helseløsninger.

De 150 millioner kronene kommer ikke i tillegg til den årlig avsatte bufferen på 600 millioner kroner.

Spørsmål: I tabell 10 er det beskrevet at Helse Sør-Øst også framover vil tilbakeholde midler som er bevilget til aktivitetsvekst. Den samlede kumulative effekten av disse foreslåtte disposisjonene vil være oppbygging til et (årlig) nivå på 425 millioner i 2025. Kommer disse

¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/is-2950-produktivitetutvikling-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/IS-2950%20Produktivitetutvikling%20i%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste.pdf/_attachment/inline/120a5695-9ddb-40b9-bcab-c04bd8cce841:488ba8ed09826c31b55a95f2154987f5fe9ddef8/IS-2950%20Produktivitetutvikling%20i%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste.pdf

midlene i tillegg til de årlige buffer-avsetningene? Til hvilket formål er midlene tenkt anvendt? Har ikke helseforetakene et stort behov for tilgang til disse midlene i pasientbehandlingen?

Svar: Se svar på forrige spørsmål angående om vekstmidlene kommer i tillegg til bufferavsetningene og formålet med vekstmidlene.

Regional resultatbuffer er ment for å håndtere spesielle forhold og uforutsette hendelser. Disponering av regional resultatbuffer for 2020 og 2021 er beskrevet i budsjett 2021 (styresak 126-2020), og tabell 25 fra styresaken vises under.

Disponering av regional resultatbuffer	2020	2021
Regional resultatbuffer	600	600
Inntektsstøtte innarbeidet i inntektsramme til Sykehuset Innlandet HF	-50	-
Dekning av legemiddelkostnader overført fra Folketrygden i 2018	-30	-30
Inntektsstøtte behandlingshjelpemidler		
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS	-86	-86
Inntektsstøtte endrede tjenestepreiser	-38	-
Inntektsstøtte Lovisenberg Diakonale Sykehus AS inntektsmodelleffekter	-	-20
Inntektsstøtte Diakonhjemmet Sykehus AS inntektsmodelleffekter	-	-45
Udisponert regional resultatbuffer	396	419

Tabell 25. Disponering av regional resultatbuffer (i millioner kroner)

Hvert års økonomiske resultat i det regionale helseforetaket gir regional likviditet, som brukes til regionale investeringer i bygg og IKT, samt til lån til nasjonale investeringer i de felleseide foretakene.

Spørsmål: I pkt 2.7.4 omtales enkelte forhold som finansieres på siden av inntektsmodellen. Det beskrives at «det er gjort en fornyet gjennomgang av disse forholdene i forbindelse med oppdateringen av inntektsmodellen». Hva innebærer dette? Har gjennomgangen av disse forholdene medført en omfordeling? Hvordan har dette slått ut? Burde denne type endringer vært gjennomført i forbindelse med organisert gjennomgang av inntektsfordelingen med deltakelse fra helseforetakene og de private ideelle?

Svar: Noen helseforetak har regionale behandlings-, og kompetansetjenester eller andre regionalt tildelte oppgaver som det følger særlig finansiering til. Ved oppdatering av inntektsmodellen gjøres jevnlig en vurdering av om det er endrede forutsetninger ved disse oppgavene som tilsier at finansieringen skal justeres. Det er kun gjort ubetydelige endringer av beløpene som fordeles utenfor inntektsmodellen og dette har dermed ikke medført omfordelingseffekter ved at beløp er lagt til eller trukket fra beløpet som fordeles i inntektsmodellen. Det er satt i gang et arbeid i Helse Sør-Øst for å gjennomgå alle oppgaver og tjenester finansiert utenfor inntektsmodellen og helseforetakene vil delta i dette arbeidet. Resultater av arbeidet vil fremlegges for styret. Det vil også være aktuelt med en gjennomgang av dette i forbindelse med arbeidet med endring av regional inntektsmodell.

Spørsmål: I tabell 11 er omfordelingseffekter av inntektsmodellen framstilt. Kumulativ effekt for Oslo Universitetssykehus er en vekst på 252 millioner. Alle øvrige helseforetak har samlet sett en negativ utvikling over disse årene. Hva er begrunnelsen for disse endringene?

Svar: Den positive omfordelingseffekten for Oslo universitetssykehus HF i tabell 11 er et resultat av oppdatering av den regionale inntektsmodellen. Inntektsmodellen fordeler basisramme til helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst basert på objektive kriterier, og hvert år oppdateres inntektsmodellen med nye befolkningstall, aktivitetstall og så videre. Det er kun omfordelingseffekten i første modellår (2022) som innarbeides i helseforetakets inntektsramme for kommende budsjettår. Modelleffektene i perioden 2023–2025 er et fremskrevet estimat.

Oppdatering av den regionale inntektsmodellen for 2023 vil fastsette den endelige modelleffekten for helseforetakene/sykehusene i regionen, for budsjettåret 2023.

Omfordelingseffekten for Oslo universitetssykehus HF i denne økonomiske langtidsplanen forklares hovedsakelig av følgende faktorer:

- Befolkningsframskrivingen med økt sentralisering driver endringer i behovskomponenten for alle tjenesteområder, med positiv omfordelingseffekt inn til Oslo universitetssykehus HF
- Endring i abonnement som følge av at regionens forbruk av høyspesialiserte tjenester i andre regioner og hos private avtaleparter er noe redusert. Dette innebærer at det forutsettes at det er Oslo universitetssykehus HF som behandler disse pasientene og dette gir en positiv modelleffekt.
- Endring i fordeling av inntekter til dekning av endrede pensjonskostnader

Tabell 11 i styresaken viser kun effekten av inntektsmodellen, og viser altså ikke hvordan de totale rammene utvikler seg år for år. Det vises til tabell under punkt 4 i vedlegget til saken, som viser utviklingen i basisramme i planperioden. Tabellen viser at andelen som tildeles Oslo universitetssykehus HF er redusert med ca. 1,3% prosentpoeng fra 2017 til budsjett 2021, og at den relative andelen til helseforetaket er uendret ved utløpet av økonomiplanperioden 2025 sammenlignet med budsjett 2021.

Spørsmål: I pkt 2.7.6 fremkommer det at det planlegges med et årlig overskudd på 200 millioner samt en årlig investeringsbuffer på 200 millioner. Kommer dette i tillegg til den regionale resultatbufferen på 600 millioner? Innebærer dette at RHfet samlet planlegger med 1 milliard i årlig buffer? Hvordan har dette nivået utviklet seg de siste 10 årene?

Svar: Resultatet (overskuddet) er det som er igjen når kostnadene trekkes fra inntektene. I inntektene til Helse Sør-Øst RHF ligger blant annet vekstmidler som besvart i et tidligere spørsmål. For budsjett 2021 er bufferen på 600 millioner kroner, hvorav 181 millioner kroner er disponert til konkrete formål (tilskudd til Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus), mens 419 millioner kroner er til disposisjon. Det samlede beløpet på 600 millioner kroner legges inn som en kostnad. Den delen av bufferen som ikke er forhåndsdisponert vil komme i tillegg til resultatet. Hvert års økonomiske resultat i det regionale helseforetaket gir regional likviditet, som brukes til regionale investeringer i bygg og IKT, samt til lån til nasjonale investeringer i de felleseide foretakene.

Utviklingen i budsjettert resultat og udisponert regional resultatbuffer finnes i tabellen under.

Tall i hele tusen	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Udisponert regional resultatbuffer	180 000	180 000	320 000	220 000	129 000	300 000	350 000	350 000	395 600	419 000
Resultat	-18 500	0	135 000	72 000	210 000	220 000	200 000	200 000	200 000	200 000

Investeringsbuffer er noe helt annet enn resultatbuffer. En investeringsbuffer betyr at Helse Sør-Øst RHF i budsjettet legger inn en investeringskostnad på 200 millioner kroner uten at det finnes en tilhørende investering dette skal brukes til. Bufferen er ment å dekke eventuelle økte eller uforutsette investeringsbehov i løpet av et år. Dersom investeringsbufferen ikke brukes i løpet av året, vil det finnes investeringsmidler tilgjengelig det påfølgende året. Investeringsbufferen ble lagt inn i økonomisk langtidsplan første gang for planperioden 2017–2020, på samme nivå som for 2022–2025 (200 millioner kroner).

Spørsmål: I pkt 2.7.7 omtales effektiviseringskravet som følger av ABE-reformen. Det beskrives at effekten er om lag 100 millioner årlig. Hvordan fordeles dette kravet mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket?

Svar: De 100 millioner kronene som er omtalt i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan, er et estimat av netto ABE-trekk og fordeles som en planforutsetning i sin helhet til helseforetak og sykehus etter driftsinntekter i planperioden.

Helse Sør-Øst RHF får imidlertid sin andel av ABE-trekket i budsjettet for det enkelte år. I budsjettet håndteres ABE-trekk i basisramme gjennom at helseforetak/sykehus blir trukket basert på andel basisramme, og dette gjelder også Helse Sør-Øst RHF. ABE-trekk for de resterende postene (ISF, laboratorieområdet/radiologi og så videre) trenger ingen særskilt håndtering i budsjettet, da de allerede er håndtert gjennom redusert enhetspris/underregulering av takster og reduserte bevilgninger. Midlene som tilbakeføres for ABE i statsbudsjettet for å gi rom for blant annet investeringer, fordeles videre i regionen basert på andel driftsinntekter.

Spørsmål: I pkt 2.8.1 fremkommer det at departementet yter lån basert på P85-estimat, men at investeringsprosjektene i foretaksgruppen skal styres etter P50-estimat. Vil denne bestemmelsen kunne føre til at byggeprosjekter ikke vil la seg realisere som forutsatt i planleggingsfase? Kan bestemmelsen medføre at det treffes valg som svekker kvaliteten i prosjektene?

Svar: Bestemmelsen er ikke til hinder for at byggeprosjekter kan la seg realisere som forutsatt i planleggingsfasen. Byggeprosjektene kostnadsramme (P85) inkluderer usikkerhetsavsetning utover styringsrammen, og når lånet baseres på P85 sikrer dette lånefinansiering dersom prosjektet må trekke på usikkerhetsavsetningen. Styringsrammen (P50) er beste estimat for prosjektets kostnad (basiskostnad for prosjektet med et tillegg for uforutsette forhold), og reflekterer hva som er planlagt gjennomført – dimensjonering, kapasitet, bygningsmessige standarder med mer. Denne organiseringen reflekterer god praksis for prosjektstyring og bidrar til å realisere sykehusbygg med forventet kvalitetsnivå.

Spørsmål: I pkt 2.8.2 beskrives regionalt prioriterte prosjekter. Det foreslås å flytte innplassering av laboratoriebygg i OUS fra etappe 2 til etappe 1. Det har vært omtalt at dette kan dreie seg om 30 000 kvm, som vel tilsvarer en investeringskostnad på i størrelsesorden 3 milliarder. Er dette prosjektet tenkt prioritert foran Mjøssykehuset?

Svar: Flyttingen fra etappe 2 til etappe 1 har sin bakgrunn i regjeringens beslutning om at det skal arbeides videre med sikte på å innplassere klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus HF i det planlagte livsvitenskapsbygget og i tilbygg (jf. Prop. 79 S (2020–2021)). Oslo universitetssykehus HF vil måtte dekke sin del av prosjektet gjennom en kostnadsdekkende husleie. Dette innebærer ikke en omprioritering av regional likviditet, eller mellom regionens prosjekter. Mjøssykehuset er prioritert etter Nytt sykehus i Drammen.

Spørsmål: I pkt 2.10.2 anføres det at ordinært vedlikehold bør ligge på 250 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen. Hvor mye brukes nå per år per kvadratmeter? Hva vil den faktiske beløpsendringen være for sykehusene?

Svar: Hvert fjerde år utarbeides det en tilstandsanalyse for alle eiendommer i Helse Sør-Øst. Rapporten for 2020 er i slutfasen. I denne rapporten vil utvikling av bygningsmassens tilstandsgrad og forbruk av midler til vedlikehold fremkomme. Foreløpige tall bekrefter at det samlet for alle helseforetakene er et behov for økt bruk av midler til vedlikehold/utskifting. Rapporten forventes å være klar medio 2021.

Spørsmål: I pkt 2.12.2 omtales leasing. Det vises til finansstrategien og bestemmelsene om at årlig leiebetaling ikke kan utgjøre mer enn 0,2 prosent av årlig samlet inntekt. Hva er nivået i dag i de ulike helseforetakene?

Svar: Avgrensningen på 0,2 % gjelder nye avtaler inngått fra 1. januar 2020, som omtalt i revisjon av finansstrategien i 2019 (styresak 033-2019). Nivået varierer i de ulike helseforetakene, og begrensningen vil gradvis redusere bruken av finansiell leasing i foretaksgruppen. Per årsslutt 2020 var balanseført forpliktelse for finansiell leasing 1,58 milliarder kroner. Det er kun Sykehuspartner HF som overskrider grensen på 0,2 % av årlig samlet inntekt på grunn av avtalene om periferiutstyr. De øvrige helseforetakene har registrert ny årlig leasingkostnad på mellom 0 og 0,1 % av årlig samlet inntekt.

Hamar 10. mars 2021

.....
Helse Sør-Øst RHF

.....
KTV for Unio

.....
KTV for LO

.....
KTV for Akademikerne

.....
KTV for YS

.....
KTV for SAN

L: O: 1.8/Faste møter/KTV/drøftingsprot 20210310 – styresaker 18 IKT og 24 ØLP