

Saksframlegg

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	6. mars 2025

Sak 024-2025

Økonomisk langtidsplan 2026–2029 – planforutsetninger

Forslag til vedtak:

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2026–2029 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.
 - Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.
 - Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen øke minst med den demografiske veksten i planperioden.
 - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.
 - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
 - Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.
 - 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 2021-2025*.

- Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for-ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaksjikt for leger.
 - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukken arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet læringer økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.
 - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.
 - Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.
 - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholdsnivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.
2. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.
 3. Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. I tillegg reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2026. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:
 - Sykehuset Innlandet HF: 25 millioner kroner i 2026
 - Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027
 - Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027
 - Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027
 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 for 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. 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. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

Hamar, 27. februar 2025

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1 Hva saken gjelder

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2026–2029. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinske og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2026–2029. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 22. mai 2025 bli forelagt en orienteringssak om økonomisk langtidsplan 2026-2029, før endelig plan vil bli behandlet 19. juni 2025.

Saken bygger på styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028* og styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* og styresak 005-2025 *Oppdragsdokument 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. januar – oppdrag og bestilling 2025 til helseforetakene i Helse Sør-Øst*, premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1. Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2025–2028

Helseforetakene skal følge opp gjeldende nasjonale strategier som angår spesialisthelsetjenesten, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre tiltakene i *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* (styresak 134-2022). For å lykkes med målene og satsingsområdene må ressursbruken i foretaksgruppen være effektiv, virksomhetsstyringen god og helhetlig, gevinster av investeringsprosjekter må bli realisert, og for å redusere risiko må de økonomiske resultatene forbedres i forkant av investeringsprosjektene. Det vises til styresak 092-2024 *Oppfølging av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* der styret ble orientert om pågående oppfølging av planen.

Foretaksgruppen er inne i tredje år av den regionale utviklingsplanen. Regional utviklingsplan er supplert med delstrategier på ulike fagområder. Helse Sør-Øst har prioritert seks satsingsområder i den regionale utviklingsplanen:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer – 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 en bedre helsetjeneste

Stortinget behandlet våren 2024 Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*. Denne sammenfaller godt med innretningen på Regional utviklingsplan. Helseforetakene må i utarbeidelsen av økonomiske langtidsplan ta hensyn til de mål og satsinger som ligger i de to planene.

Ved inngangen til planperioden legges *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* og oppdragsdokumentene til helseforetakene til grunn. Der framgår det at Helse Sør-Øst RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid
4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

Foretaksmøtet 15. januar 2025 ba de regionale helseforetakene iverksette nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetakene. Kravene er i stor grad videreført i oppdrag og bestilling 2025 for helseforetakene. Helseforetakene skal legge til grunn at kravene også vil være gjeldende i planperioden.

2.2. Utvikling av helsetjenesten

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 beskriver en rekke tiltak for å bedre tilgjengelighet, samarbeid og felles utnyttelse av kapasitet. Regionens satsing på tjenesteinnovasjon har samme innretning, for eksempel gjennom arbeidet med brukerstyring av helsetjenesten, ideutveksling mellom helseforetak og økt samarbeid om faglig og tjenstlig utvikling.

2.2.1. Tilgjengelighet, samarbeid og kapasitetsutnyttelse

Helseforetakene må dimensjonere tjenestetilbudet slik at krav til tilgjengelighet til tjenesten innfris. Dette innebærer også tilstrekkelig kapasitet for medisinske støttefunksjoner og en hensiktsmessig bruk av disse.

Oppdrag i Ventetidsløftet er at ventetidene for oppstart av helsehjelp, innen juni 2025 skal reduseres til samme nivå som i 2019. Det vil si at gjennomsnittlig ventetid for Helse Sør-Øst i 2025 skal være lik eller under 61 dager i somatikken, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oppdrag og bevilgninger er videreført til helseforetakene, og det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere ventetidene. Arbeidet koordineres og følges opp av det regionale helseforetaket. Arbeidet med reduksjon i ventetider vil være høyt prioritert også i årene framover. På sikt er målsettingen at gjennomsnittlige ventetid innen somatikk er under 50 dager i somatikk, under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fagplan for habilitering ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst RHF september 2023, jamfør styresak 105-2023 *Regional fagplan habilitering*. Helseforetakene har startet arbeidet med å styrke ressurser og kompetanse i habiliteringstjenestene og utarbeider opptrappingsplaner som er nødvendig for å løfte fagfeltet. Det planlegges for en styrking på innsatsområdet intensiv habilitering. Dette arbeidet skal videreføres og forsterkes.

Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF i oktober 2023, jamfør styresak 120-2023 *Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering*. Et viktig mål i fagplanen er å styrke tidlig rehabilitering i sykehus og at dette er integrert med annen medisinsk behandling. Alle helseforetak skal etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt. Antall pasienter som får rehabilitering i senfase i regi av spesialisthelsetjenesten skal opprettholdes. En stor del av rehabiliteringstilbudet i senfase i Helse Sør-Øst utføres av private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF har en pågående anskaffelse innen tverrfaglig spesialisert rehabilitering, hvor det planlegges med oppstart av nye avtaler fra 1. januar 2026.

Helseforetakene skal ha rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til psykisk helsevern. I tråd med *Opptrappingsplan for psykisk helse* (Meld. St. 23 (2022-2023)) vil regjeringen at de som henvises til psykisk helsevern, som hovedregel ikke skal gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Dette er gradvis innført for barn og unge, og det skal i 2025 også legges til rette for dette i psykisk helsevern voksne. Helse Sør-Øst RHF ble i statsbudsjettet for 2025 bevilget 24,4 millioner kroner til tiltaket med vurderingssamtaler i psykisk helsevern. Jamfør styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer* ble midlene fordelt til helseforetak og sykehus. Midlene skal bidra til å øke kvaliteten i vurderingene i forbindelse med inntak, og på sikt redusere avslagsandel gjennom ulike former for vurderingssamtaler i tidlig avklaringsteam.

Pakkeforløp kreft og pakkeforløp hjem for pasienter med kreft videreføres. Helsedirektoratet har igangsatt revisjon av pakkeforløp for kreft med mål om at pakkeforløpene skal inneholde oppdatert og nødvendig faglig informasjon, og med oppdaterte forløpstider tilpasset dagens situasjon.

Pasientforløp innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er revidert og forenklet. Jamfør *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* vil det gis midlertid fritak for å kode pasientforløp i 2025, og at året brukes til å etablere gode rutiner for koding og flyt i pasientforløpene slik at tid og ressurser brukes så godt som mulig.

2.2.2. Avtalespesialistordningen

Avtalespesialister står for 26 prosent av den samlede polikliniske aktiviteten i Helse Sør-Øst, og avtalespesialistordningen bidrar betydningsfullt til å svare ut behovet for helsetjenester i tråd med sørge-for-ansvaret. Det er en målsetting at avtalespesialistene blir ytterligere integrert med øvrig spesialisthelsetjeneste. Forpliktende samarbeid mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak er en forutsetning for dette. Samarbeidet bør styrkes ytterligere, blant

annet gjennom videreutvikling av samarbeidsavtalene. Samarbeidet bør eksempelvis omhandle hensiktsmessig arbeidsdeling, informasjon om kapasitet, pasientflyt, håndtering av ventelister, prioriteringer og faglig samarbeid.

Samordning av rettighetsvurderinger bidrar til lik tilgang til helsetjenester, bedre utnyttelse av kapasitet, samt tettere samhandling mellom helseforetak/sykehus og avtalespesialister.

Felles henvisningsmottak er innført for psykisk helsevern for voksne fra 1. september 2023 og for psykisk helsevern barn og unge fra 1. januar 2025. Pasienter henvist til avtalespesialister innen somatiske fagområder blir imidlertid foreløpig ikke rettighetsvurdert. I *Nasjonal Helse- og samhandlingsplan 2024-2027* framgår at det må arbeides for at avtalespesialistenes helsehjelp også på somatiske fagområder bør skje etter forutgående rettighetsvurdering. Helse Sør-Øst RHF vil i 2025 begynne et slikt arbeid.

2.2.3. Samfunnssikkerhet og beredskap

I Oppdragsdokumentet for 2025 er ett av fem hovedmål: *Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser*. Ett nytt dokument skal legges til grunn for utvikling av tjenesten Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig*. Meldingen omhandler tiltak og arbeid for at sivilsamfunnet skal være forberedt på krise og krig, og for å utvikle et samfunn som understøtter militær innsats, og som motstår sammensatte trusler. Meldingen peker på flere relevante områder for styrking av sivil beredskap, herunder sju strategiske prioriteringer innen aktuelle risikoområder. Oppfølging av flere av disse områdene er også relevant for spesialisthelsetjenesten.

Som følge av de senere års endringer i trusselbildet er det økt oppmerksomhet på samfunnssikkerhet og beredskap i spesialisthelsetjenesten. I Helseberedskapsmeldingen (Meld. St. 5 (2023-2024)) vises det til en ny modell for helseberedskapen. Det er bl.a. etablert seks utvalg for prioriterte risikoområder. Utvalgene skal legge til rette for planforutsetninger i sektoren innen de aktuelle risikoområdene. Helseberedskapsmodellen etableres for å sikre bedre strategisk styring og samordning i helsesektorens arbeid og tverrsektorielt.

I 2026 gjennomføres totalforsvarsåret i regi av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Totalforsvarsåret handler om arbeid for å styrke samarbeidet for økt beredskap og styrke Norges evne til å forebygge sikkerhetspolitisk krise og krig. Sykehusene skal delta i forberedelser til totalforsvarsåret. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal i samarbeid med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) gjennomføre en tverrsektoriell totalforsvarsøvelse høsten 2025 – Øvelse Digital 2025. Øvelsen er et oppspill til totalforsvarsåret. Sykehusene skal delta i arbeidet med øvelsen.

Det pågår flere nasjonale prosesser for å styrke det sivil-militære samarbeidet. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal Helsedirektoratet i samarbeid med Forsvaret og de regionale helseforetakene, og andre etater, ferdigstille beredskapsplaner for håndtering av masseskader gjennom sivilt-militært samarbeid. Dette arbeidet pågår gjennom utvalg for sivilt-militært helseberedskapssamarbeid. De regionale helseforetakene har gjennomført en gap-analyse knyttet til sivilt-militært samarbeid/totalforsvar. Gap-analysen følges opp gjennom en handlingsplan med prioriterte tiltak. Videre arbeider de regionale

helseforetakene med interregional plan for spesialisthelsetjenestens rolle i krig. Planverket vil være førende for helseforetakenes beredskapsplanverk.

Ny nasjonal helseberedskapsplan legges frem i starten av 2025. Planen er et overordnet rammeverk for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer.

Legemiddelberedskap skal sørge for at nødvendige medisiner er tilgjengelige under alle forhold, inkludert kriser og nødsituasjoner. Dette innebærer planlegging og forvaltning av legemiddellagre, logistikk og distribusjon og også tydelige avtaler og avklarte ansvarsforhold mellom alle ledd i forsyningskjeden. Det pågår flere prosesser for å styrke legemiddelberedskap i regi av EU, i nasjonal regi og i Helse Sør-Øst. Dette omfatter blant annet arbeid for å avklare oppsett og innhold i lagre og tiltak for å styrke legemiddelberedskapen i helseforetak og sykehus.

Ambulanseberedskapen skal styrkes, særlig der det er lange avstander til sykehus. Regjeringen har varslet at den vil legge fram en ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester i 2025. I forarbeidene til denne har Helsedirektoratet utredet medisinske og økonomiske konsekvenser av å forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten i Norge. Utredningen viser at Helse Sør-Øst med en økning på 7-16 stasjoner, avhengig av hvorvidt dagens lokasjoner skal opprettholdes, vil kunne oppnå dagens veiledende responstidskrav.

Helse Sør-Øst RHF skal i planperioden etablere en prehospitale fellestjeneste for å styrke regionalt samarbeid og helhetlig tilnærming til utvikling av bil- og luftambulansetjeneste, nødmeldetjeneste og pasientreiser. Fellestjenesten skal sammen med helseforetakene, den regionale analyseavdelingen og Sykehuspartner HF utvikle styringsmål og indikatorer og bruke disse aktivt for å utvikle det prehospitale området i regionen.

2.2.4. Europeisk helse- og helseberedskapssamarbeid

Norge deltar i de mest relevante helsesatsingene i EU, EU4Health, sivilberedskapsmekanismen UCPM og Horizon Europe. EU4Health har som overordnede mål å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengelighet til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr, samt bidra til å styrke nasjonale helsesystemer og arbeidsstyrken. Enkelte helseforetak er involvert og har avsatt ressurser på kreftområdet (Europe's Beating Cancer Plan), området sjeldne diagnoser (JARDIN) og utviklingen av et felles europeisk helsedataområde (EHDS). Det kan bli aktuelt å delta i flere europeiske samarbeidsprosjekter i planperioden.

Norge bidrar til EUs «Union Civil Protection Mechanism» (UCPM), og Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF har sentrale oppgaver på tvers av regionene og i europeisk sammenheng knyttet til beredskap innen lufttransport (Medevac og RescEU-kapasiteten NOJAHIP). Horizon Europe er EUs rammeprogram for forskning og innovasjon for perioden 2021-2027.

2.2.5. Kvinnehelse

Regjeringens kvinnehelsestrategi ble lansert i oktober 2024. Det overordnede målet med strategien er å bidra til at betydningen av kjønn blir vektlagt i politikkutforming, og i hvordan helsemyndighetene og helsetjenesten arbeider med kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse.

Helse Sør-Øst RHF fikk i revidert oppdragsdokument for 2024 oppdrag om å etablere kvinnehelseportalen, en digital plattform for formidling av kunnskap om kvinnehelse. Bevilgningen er videreført til Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, og etableringen forutsetter samarbeid med Kilden og relevante forskningsmiljøer som forsker på kvinners helse.

I 2024 fikk Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Telemark HF i oppdrag å etablere et forsterket ressursteam ved Telemark fengsel, Skien avdeling, som skal gi kvinner med særskilte psykiske helseutfordringer tilstrekkelig oppfølging. Det forsterkede ressursteamet skal benyttes i en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling som skal stå klar i løpet av 2025.

Oslo universitetssykehus HF er gitt i oppdrag å styrke behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med ruslidelse. Helseforetaket skal etablere et spesialisert poliklinisk og ambulant tilbud til målgruppen som kan samhandle med andre tilbud på kommunalt nivå. Det skal i tillegg planlegges et døgnbasert tilbud på 3-4 døgnplasser. Oslo universitetssykehus HF skal legge til grunn at tilbudet finansieres som øvrige regionale behandlingstilbud innen psykisk helsevern.

2.2.6. Persontilpasset medisin, laboratorievirksomhet og bildediagnostikk

Den nasjonale infrastrukturen InPreD med tilbud om presisjonsdiagnostikk for pasienter med metastatisk kreftsykdom ble evaluert i 2024. Evalueringsrapporten danner grunnlag for videreutvikling og investeringer i presisjonsdiagnostikk, nasjonalt og regionalt. Videre skal det etableres et nasjonalt genomsenter for en samordnet håndtering av store datamengder fra kliniske genomundersøkelser og fra forskning. Behovskartlegging og konseptutredning ble ferdigstilt i desember 2024. I 2025 vil prosjektet videreføres med pilotering, iterativ utprøving av løsningsalternativer og bredere involvering av fagmiljøene.

Persontilpasset medisin vil kreve mer avansert bildediagnostikk og utløser behov for blant annet tilgang på nye bildediagnostiske modaliteter, spesielt med tanke på den raske nukleærmedisinske utviklingen med positronemisjonstomografi (PET) og såkalt «teranostikk» (kombinert terapi og diagnostikk).

Utviklingen innen digitalisering av patologifaget understøttes ved innføring av ny programvare og annen nødvendig teknologi for bildebehandling av mikroskopiske vevssnitt. Ny regional løsning for digital patologi er tatt i bruk ved Sykehuset i Vestfold HF og delvis innført ved Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF. Det tilrettelegges for fortløpende implementering av en felles regional løsning for digital patologi for alle helseforetak i planperioden. Den regionale løsningen vil muliggjøre samhandling om digitaliserte bilder i patologi. Digital patologi vil også muliggjøre bruk av avansert informasjonsteknologi («kunstig intelligens») for bedre diagnostikk, og verktøy for dette vil

anskaffes. Regional løsning for digital patologi vil åpne for et mer ustrakt samarbeid om utredning og oppfølging av pasienter som har komplekse og sjeldne diagnoser.

Regional RIS/PACS løsning er i drift ved Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF, og vil breddes ut i helseregionen i planperioden. Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi, inklusive rask bredding av bruk av kunstig intelligens i tolkningen av bilder, gi muligheter for bedre og mer effektiv diagnostikk. Slike løsninger er tatt i bruk ved flere helseforetak, og det er inngått regionale rammeavtaler som sikrer tilgang i hele helseregionen. Innføring av felles bildearkiv vil øke tilgjengelighet av - og samhandling om - bildediagnostiske undersøkelser uavhengig av hvor disse er utført. For å få dette til, bør også effektiv støtte for utveksling eller deling av bilder med private tjenesteleverandører etableres. Felles bildearkiv er en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi, og vil samtidig gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder.

2.2.7. Uønsket variasjon

Jamfør Helsepersonellkomisjonens utredning NOU 2023:4 *Tid for handling*, er det behov for å redusere forbruket av helsetjenester med lav forventet nytte og som legger beslag på ressurser. Det foreligger lite kunnskapsbasert praksis for å redusere overforbruk. Helse Sør-Øst RHF har utviklet et klinisk dashboard for å møte helseforetakene sine behov for tilgang til relevante styringsdata for å kunne vurdere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater tilpasset fagmiljø/avdelinger, styrer og foretaksledelser lokalt og regionalt. Dashboardet benyttes i de månedlige oppfølgingsmøtene med helseforetakene i regionen. Det legges til grunn at eventuelle avvik presenteres for de respektive styrene sammen med plan for korrigerende tiltak før det rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Dashboardet blir fra 1. tertial 2025 videreført i et interregionalt format hvor Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF overtar publiseringsansvaret.

Regional fagplan bildediagnostikk for Helse Sør-Øst er under arbeid, og blir lagt fram for styrebehandling i løpet av 2025. Planen vil inneholde flere tiltak som har som mål å redusere overforbruk og uønsket variasjon. Tiltakene vil bli hensyntatt ved inngåelse av nye avtaler med private tjenestetilbydere.

2.2.8. Forskning og innovasjon

Arbeidet med at klinisk forskning i større grad integreres med pasientbehandling skal fortsette. Det er et ledelsesansvar å sørge for at det tilrettelegges for dette. Samtidig kreves overordnede tiltak på regionalt og nasjonalt nivå. Arbeidet med samtykkeløsning til kliniske studier skal ferdigstilles, og det vil bli etablert en sanntidsoversikt over pågående kliniske studier i Norge. Flere pasienter skal gis tilgang til utprøvende behandling. Utprøvende behandling skal som hovedregel gis som en del av en klinisk studie. Helseforetakene skal legge til rette for økt antall kliniske studier, og for at flere pasienter blir inkludert i slike studier, jamfør Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025.

Kliniske tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell, skal i større grad kunne ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, nettbaserte behandlingsprogrammer og som digital hjemmeoppfølging ved bruk av pasientrapporterte data og sensorteknologi. Brukerstyring og samvalg skal vektlegges og understøttes. Bruk av teknologi er også aktuelt

for tilrettelegging for økt deltakelse i kliniske studier og gjennomføring av desentraliserte kliniske studier.

Kunstig intelligens skal gjøre det mulig å utnytte helsedata i større grad for å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Helse- og omsorgstjenesten skal ha en kultur for innovasjon og deling av kunnskap, også i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre er det viktig å samarbeide med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

Satsingen på tjenesteinnovasjon har gitt resultater i form av enkeltprosjekter og større felles satsinger. Behovsstyrt poliklinikk er etablert ved alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene, og er tatt i bruk innen de fleste fagområdene. En hovedutfordring er at volumet/skaleringen i bruken av disse løsningene er relativt begrenset. I kommende periode vil det derfor arbeides med å skalere opp de løsningene for behovsstyrt poliklinikk som fungerer godt ved ett helseforetak til øvrige helseforetak.

I 2025 målretter Helse Sør-Øst RHF satsingen på tjenesteinnovasjon innen prioriterte områder, særlig knyttet til å frigi tid til klinisk arbeid. I tillegg til effektivisering og forenkling av arbeidsform, handler dette om faglig utvikling og arbeidsmiljø. Mer tid til pasientrettet arbeid, nye tilnærminger til fagutvikling og mindre tidsbruk til administrative prosedyrer vil gjøre sykehusene til bedre arbeidsplasser som fremmer rekruttering og evnen til å beholde personell. Basert på erfaringene fra innovasjonsarbeidet vil Helse Sør-Øst RHF i 2025 vri innovasjonsstøtten over fra enkeltinnovasjoner til en større satsing på regional bredding av nye tiltak og arbeidsformer som i ett helseforetak har vist seg effektive.

2.2.9. Rekrutterings- og samhandlingstilskudd

I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2023-2027* framgår det at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene oppleves som en barriere for samarbeid mellom nivåene, særlig når kostnader og gevinster fordeles ulikt. Helse Sør-Øst RHF er i statsbudsjettet for 2025 bevilget 93,4 millioner kroner i et rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og kommuner, med vekt på likeverdig samarbeid. Helsefellesskapene er en viktig arena for samarbeid og tjenesteutvikling og felles planlegging.

Det legges til grunn at midlene som er bevilget i 2025 videreføres i planperioden.

2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 skal, sammen med Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, jamfør styresak 009-2021 *Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*, legges til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er førende for arbeidet med å utvikle faglig forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videreutvikling av avvikssystemer for å fremme læring og å forebygge uønskede hendelser skal gis økt prioritet.

2.4. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* innebærer en prioritering av psykisk helse og at innsatsen innen psykisk helsevern skal trappes opp gjennom en planperiode på ti år. Planen peker på behov for sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser og at pasienter med alvorlige psykiske lidelser får mer helhetlig behandling og oppfølging. Det vises i den forbindelse til styresak 122-2024 – *Framskrivning av behov for helsepersonell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

Styrking av psykisk helsevern for barn og unge er et høyt prioritert område. Helse Sør-Øst RHF skal lede et nasjonalt arbeid med å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for framtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes.

Det er flere oppdrag og satsinger som ligger til grunn for en videre utvikling av helsetilbudet til barn og unge, blant annet rusbehandling for barn og unge, sikkerhetspsykiatrisk behandling tilpasset barn og unge under 18 år, akuttambulant team, hjemmesykehus, FACT-ung og tverrfaglig helsekartlegging. Flere av disse inngår som en integrert del i samarbeid med andre aktører som barnevernsinstitusjoner og kommunale helse- og omsorgstjenester. Videreutviklingen av tilbudet vil kreve mye utviklings- og omstillingsarbeid i helseforetakene.

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (styresak 041-2021) inngår som premiss i arbeidet med lokale utviklingsplaner ved helseforetak og private ideelle sykehus med eget opptaksområde. Fagplanene danner også grunnlag for anskaffelser av behandlingstilbud fra private leverandører, og for tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler. Dette må gjenspeiles i de prioriteringene som gjøres i utviklingen og oppfølgingen av tjenestene. Den regionale fagplanen og plan for oppfølging og gjennomføring av regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal revideres og oppdateres i 2025.

Det vises til styresak 026-2025 *Oppfølging av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* og anbefalinger om innretning av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn og unge. Helse Sør-Øst RHF koordinerer det regionale og lokale arbeidet med å styrke det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i regionen, som har som hovedmål å etablere og styrke helhetlige forløp i sikkerhetspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I sak 119-2025 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer* ble øremerkede bevilgninger i statsbudsjettet for 2025 på 73,9 millioner kroner til arbeidet med sikkerhetspsykiatri fordelt til helseforetakene.

Regjeringen la i oktober 2024 fram Meld. St. 5 (2024-2025) *Trygghet, felleskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1 – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. Stortinget planlegger å behandle meldingen i mars 2025. Meldingen presenterer regjeringens planer for å forebygge mer og bedre, og hvordan helsetjenesten skal komme tidligere inn med god behandling og skadereduksjon.

I 2024 ble det inngått nye avtaler med private leverandører innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for delytelsene:

- døgnbehandling for pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP) unge voksne (18-26 år) inntil 9 måneder
- døgnbehandling inntil 3 måneder i kombinasjon med poliklinisk behandling
- døgnbehandling frivillig innleggelse av gravide pasienter og pasienter med små barn inntil 9 måneder

Avtalene vil ha ulike oppstartstidspunkt gjennom 2025. For øvrige delytelser (ROP voksne og ordinær døgnbehandling) er dagens avtaler gjeldende ut 2025. Innen disse områdene vil det gjennomføres en ny anskaffelse med tentativ oppstart 1. januar 2026.

Helse Sør-Øst har i 2024 lagt grunnlag for økt bruk av E-behandling gjennom etablering på ny og mer brukervennlig teknologisk plattform og ved at pasientene nå kan henvise seg selv til tilbudet, at det er utarbeidet en målrettet kommunikasjonsplan, og at det er startet opp behandlingsprogram for barn og unge. Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt nettverk for digitale løsninger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å styrke utviklingen av og samordne ulike digitale initiativ i 2025.

2.5. Aktivitetsvekst

Behovet for spesialisthelsetjenester vil øke framover. Befolkningen i Helse Sør-Øst ventes å øke med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, og antall og andelen eldre vil øke. Behovet for spesialisthelsetjenester endres også på grunn av utviklingen av sykdomsbildet, bl.a. knyttet til demografisk utvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

Framskrivningsmodellene for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB, og somatiske spesialist-helsetjenester er en vurdering av befolkningens forventede behov for helsetjenester, og tidshorisonten er frem mot 2040. Modellene er primært modeller for aktivitet (innleggelser og poliklinisk behandling), og er ikke direkte overførbare til behov for personell eller kostnadsutvikling. Modellene inkluderer demografisk betinget behov, og endringsbehov utover demografi. For Helse Sør-Øst gir framskrivningsmodellene følgende effekter frem mot 2040:

Psykisk helsevern og TSB:

- En demografisk betinget vekst i poliklinisk aktivitet på 6,3 prosent, mens modellen samlet tilsier behov for vekst på 15,4 prosent.
- For liggedøgn er demografieffekten 8,9 prosent, mens modellen samlet tilsier 13,9 prosent vekst.
- Modellen for psykisk helsevern og TSB legger dermed opp til større vekst enn demografi, blant annet for å styrke tilbudet til barn- og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser, samt tilbudet for eldre.

Somatikk:

- En demografisk betinget vekst i poliklinisk aktivitet på 20,9 prosent, mens modellen samlet tilsier behov for 26,8 prosent. Det skyldes blant annet at det særlig forventes behov for større vekst i poliklinisk aktivitet innen kreft- og øyesykdommer.
- En demografisk betinget vekst i liggedøgn på 32,2 prosent, mens modellen tilsier 20,2 prosent ettersom det er faktorer som modifierer behovet.
- For DRG-poeng anslås effekten tilnærmet lik den demografiske betingede veksten i 2040.

De fire helseregionene har i fellesskap gitt innspill til statsbudsjettet for 2026. For psykisk helsevern og TSB ble det anslått en samlet vekst på 2,2 prosent, mens en demografisk framskrivning ga 1,9 prosent. For somatikk ble det anslått en vekst på 1,5 prosent, mens demografisk framskrivning utgjorde 1,8 prosent. De samlede anslagene for vekst per tjenesteområde ble vektet sammen basert på kostnadsandelene i SAMDATA for 2023 og ga et samlet vekstbehov på 1,7 prosent.

Helseforetak og sykehus må planlegge for å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester basert på de nasjonale framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF oppdaterer framskrivningene årlig, og forutsetningene slik de blant annet framgår av Regional utviklingsplan 2040 legges til grunn. Framskrivningene ligger til grunn for sørge for-ansvaret og for dimensjonering av nye sykehusbyggprosjekter. Samlet regional døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres.

Det stilles ikke krav til aktivitetsvekst i absolutte tall eller prosent i økonomisk langtidsplan. Aktivitetsnivået og kapasitet må tilpasses befolkningens behov og mål om reduserte ventetider. Tallfestede krav til pasientbehandling og aktivitetsvekst vil vurderes i budsjettprosessen hvert år, og legges blant annet med bakgrunn i statsbudsjettet for det gjeldende år. Planforutsetningene for midler til aktivitetsvekst omtales i kapittel 2.8.2.

2.6. Bemanning og kompetanse

Ett av de fem hovedmålene i *Oppdragsdokumentet for 2025 Helse Sør-Øst RHF* er at den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass. Helseforetakene må forsterke arbeidet med å beholde, rekruttere og utvikle kompetansen hos sine medarbeidere. Utdanning og strategisk kompetanseutvikling må ledes og prioriteres på lik linje med andre lederoppgaver.

Helseforetakene har generelt god tilgang på helsepersonell, men det er en begynnende mangel på personell innenfor enkelte spesialiteter, særlig av spesialiststillinger innen psykisk helsevern. I planperioden må rekruttering til psykisk helsevern og rusbehandling prioriteres. Mot slutten av 2024 lyste Helse Sør-Øst RHF ut rekrutteringsmidler og tildelte deretter 30 millioner kroner i 2025 til prosjekter og tiltak for å styrke rekrutteringen av leger i psykisk helsevern i regionen.

I *Oppdragsdokument 2025* er Helse Sør-Øst RHF bedt om å legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen disse spesialitetene.

Økt spesialisering har bidratt til flere spesialiserte vaktsjikt for leger. Konsekvensen er færre overleger til stede på dagtid, en svekkelse av generell vaktkompetanse og økte kostnader for helseforetakene. Det er behov for å arbeide med organiseringen i sykehusene og hvordan en kan understøtte bredere vaktkompetanse. Helseforetakene må bidra i dette arbeidet.

Det er et viktig rekrutteringstiltak å tilby studenter og lærlinger praksisplasser av faglig god kvalitet. Helseforetakene må ha gode planer for hvordan praksisstudiene gjennomføres og hvordan ansvar, oppgaver og roller fordeles. Antallet utdanningsstillinger for spesialsykepleiere skal opprettholdes på nivå med 2024, og det er et mål at antallet lærlinger øker.

TØRN-programmet i spesialisthelsetjenesten videreføres, og målet med programmet er å fremme effektiv bruk av personellressurser gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, samt å sikre riktig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer i helse- og omsorgstjenestene. Helseforetakene forventes å bidra i programmet, samt at hvert enkelt foretak jobber systematisk med endring av arbeidsprosesser og hensiktsmessig bruk av ansattes kompetanse. Kontinuerlig fagutvikling og læring vurderes som et viktig tiltak både for å rekruttere, men også for å beholde personell i spesialisthelsetjenesten.

2.6.1. Bemanning og aktivitet

Helseforetakene må planlegge bemanningen helhetlig og langsiktig og i sammenheng med aktiviteten. Et godt samsvar mellom aktivitet og bemanning er en forutsetning for å prioritere bemanningen til de områdene der bemanningsbehovene er størst sett opp mot pasientenes behov og de faglige prioriteringene.

2.6.2. Bemanningskostnader og månedsverk

Helse Sør-Øst RHF er i *Oppdragsdokument 2025* bedt om å forsterke arbeidet med å redusere sykefraværet i foretaksgruppen sammenliknet med 2024-nivå, med sikte på å komme ned på 2019-nivå.

Styret fremhevet i sak 121-2024 *Videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær*, viktigheten av at helseforetakene og sykehusene fortsetter og forsterker det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet, som et sentralt virkemiddel for å ha tilstrekkelig bemanning og opprettholde planlagt aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Sykefraværet er også en økonomisk belastning for sykehusene blant annet gjennom kostnader til overtid og innleie av vikarer.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har det vært budsjettert en lavere bemanning enn det som har vist seg å bli den faktiske utviklingen for antall månedsverk og

bemanningskostnader år for år. Det samlede bemanningsavviket fra budsjett¹ i 2024 er 1177 månedsverk for foretaksgruppen. Det forutsettes at helseforetakene gjør en grundig gjennomgang av bemanningsbudsjetteringen i innspillet til økonomisk langtidsplan 2026-2029. Budsjetteringen skal være i tråd med den prioriteringen som følger av fagplanene og virksomhetenes behov, og samtidig innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom.

Helseforetakene må arbeide videre med målsettingen om styrket bemanningskontroll og et godt grunnlag for strategisk stillingsstyring på foretaksnivå.

I 2025 prioriteres utvikling av måltall og styringsinformasjon for god og effektiv drift, innen følgende områder: Sengepost, operasjon, intensiv, poliklinikk og den akuttmedisinske kjeden.

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) la 14. februar 2025 fram sine foreløpige tall før lønnsoppgjøret. Tallene viser at helseforetakene hadde en gjennomsnittlig årslønnsvekst fra 2023 til 2024 på 5,6 prosent. TBU anslår at sammensetningseffekter som følge av endret kompetansesammensetning (økt andel legeårsverk) bidrar med økt lønnsvekst på 0,2 prosent. Det påvirker at flere LIS-leger har blitt overleger, og etter tariffavtalen dermed fått høyere lønn. Tall fra TBU viser at andelen ansatte med universitets- og høgskoleutdanning av høyere grad (hovedsakelig leger) er økt fra 20 prosent i 2016 til cirka 25 prosent i 2024.

Helseforetakene skal innarbeide framskrevet kompetanse- og bemanningsbehov i budsjettering på stillingskategori, og gjøre en særskilt gjennomgang av kostnader til overtid, innleie og sykerefusjoner.

2.7. Innkjøp og logistikk

Helseforetakene skal i planperioden ta i bruk de regionale konseptene og løsningene innen innkjøp- og logistikkområdet og derigjennom bidra til ressurseffektivitet, standardisering og regional forsyningssikkerhet.

For å understøtte helseforetakenes behov relatert til areal- og kostnadseffektive forsyningsløsninger, vil det regionale helseforetaket i planperioden videreutvikle de regionale forsyningsløsningene. Det regionale forsyningssenteret vil i planperioden tilby avdelingspakkede leveranser til alle helseforetak, videreutvikle og bredde konsept for pasientpakket logistikk, øke sortimentet som tilbys fra forsyningssenteret og foreta

¹ Merk at budsjettet ikke er endret som følge av tilleggsbevilgningene i revidert nasjonalbudsjett.

ompakking til mindre enheter enn innkjøpsenheter for å redusere behovet for lokale lagre. I tillegg vil det etableres en ny tjeneste for sampakking (cross-docking). Direktekjøp foretatt av helseforetakene vil sampakkes og leveres med avdelingspakke leveranser til helseforetakene. Det regionale forsyningscenteret vil, sammen med Sykehusinnkjøp HF sitt arbeid relatert til avtaleinngåelse og avtaleforvaltning, være et viktig verktøy for å bidra til forsyningsikkerhet i et forventet urolig marked i planperioden. Dette gjennom blant annet oppbygging av regionale sikkerhetslager, avtalefestede erstatningsprodukter, rasjonering ved mangelsituasjoner, samt oppbygging av regionale beredskapslagre. Helseforetakene skal ta de regionale tjenestene i bruk for blant annet fristilling av lokale lagerarealer og som følge av innflytting i nye bygg med begrensede arealer til lagring og varehåndtering.

2.8. Økonomiske planforutsetninger

Helse Sør-Øst RHF la i styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investering* til grunn inntektsforutsetningene i Prop. 1 S (2024-2025). I styresak 142-2024 *Oppdrag og bestilling 2025 – økonomiske resultatkrav* vedtok styret økonomiske resultatkrav for 2025 i helseforetakene. Jf. styresak 003-2025 *Virksomhetsrapport per desember 2024* er driftssituasjonen i foretaksgruppen noe bedret, men resultatutviklingen er påvirket av økte bevilgninger. Resultatutviklingen er et viktig premiss for de investeringsplanene som er lagt i foretaksgruppen, og den underliggende driften ved utgangen av 2024 viser at det fortsatt er et behov for omstilling for å nå resultatkravene i 2025.

2.8.1. Finansiering av drift og investeringer

Spesialisthelsetjenesten har en samlet finansiering til drift og investeringer. Dette gir fleksibilitet samtidig som det stiller krav om positive økonomiske resultater i driften for å finansiere investeringer blant annet i nye bygg, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr.

Følgende finansieringspremisser er lagt til grunn:

- 100 prosent marginalfinansiering av aktivitetsvekst
- Rentebetingelsene for helseforetakenes investeringslån endres fra 2025 tilbake til rentemodellen fra før 2018.
- Lån på inntil 90 prosent av styringsrammen på lån innvilget fra og med 2025
- ISF-andelen er 30 prosent for somatiske spesialisthelsetjenester.

2.8.2. Midler til aktivitetsvekst

Det meste av inntektene til spesialisthelsetjenesten består av basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Midler til aktivitetsvekst i statsbudsjettet er en årlig økning i basisrammen. En stor andel av vekstmidlene er beregnet med utgangspunkt i antatt vekst som følge av demografi. Det har variert mellom de ulike budsjettårene hvor mye midler som bevilges til økt aktivitet utover den demografisk betingede aktivitetsveksten.

I 2025 er det i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF bevilget 1 326 millioner kroner til aktivitetsvekst, se tabell 1. Sammen med midlene på de aktivitetsavhengige inntektspostene er det forutsatt at de økte bevilgningene legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen

på 1,8 prosent. Dette tilsvarer om lag 0,3 prosent vekst ut over demografi sett opp mot Helsedirektoratets framskriving av behov (1,5 prosent i 2025), og 740 millioner kroner per prosentpoeng vekst.

Budsjettår	Midler til aktivitetsvekst (2025-kroner)	"Legger til rette for"-vekst	Millioner kroner per prosent vekst
2018	780	2,0 %	390
2019	730	1,7 %	430
2020	620	1,5 %	410
2021	970	2,3 %	420
2022	750	1,7 %	440
2023	810	1,5 %	540
2024	990	1,8 %	550
2025	1 330	1,8 %	740
2026-2029	1 110	1,5 %	

Tabell 1 Midler til aktivitetsvekst i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1 S, årlig. I 2023 og 2025 ble ISF-andel redusert til hhv. 40 prosent og 30 prosent, med tilsvarende økning i basisrammen. I 2025 er det i tillegg lagt til grunn 100 prosent marginalinntekt, mot 80 prosent tidligere år.

Det foreslås å legge til grunn en vekst basert på demografisk utvikling i planperioden, på om lag 1,4 prosent årlig. I tillegg foreslås å planlegge for en årlig vekst utover demografi på 0,1 prosent. Anslaget er noe lavere enn de regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjettet for 2025, jf. omtalen under 2.5. De regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett har (tidligere) hvert år lagt til grunn høyere behov for aktivitetsvekst enn de faktiske vekstforutsetningene i de årlige statsbudsjettene. Under de gitte forutsetningene i saken kan det estimeres at økt basisramme til aktivitetsvekst blir på om lag 1 110 millioner kroner årlig, som vist i tabell 1.

- Tabell 2 viser fordelingen av vekstmidler i budsjettet for 2024 og 2025, samt forslaget til fordeling av økte midler i planperioden mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene. Som en planforutsetning foreslås det at 100 millioner kroner reserveres til regionale tiltak i Helse Sør-Øst RHF. Dette er 50 millioner kroner mer enn i økonomisk langtidsplan 2025-2028. Dette skyldes behov for ekstraordinær inntektsstøtte de første to årene av planperioden, jf. omtale i 2.8.5., og behovet for å prioritere sentrale prosjekter, som blant annet DIPS Arena på mobil. Av samlet basisbevilgning utgjør basisrammen til Helse Sør-Øst RHF om lag 11,5 prosent.

Midler til økt aktivitet	Fordelt i budsjett 2024	Fordelt i budsjett 2025	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
			2026	2027	2028	2029
Helseforetak og sykehus	898	1 276	1 010	1 010	1 010	1 010
Helse Sør-Øst RHF	4	50	100	100	100	100
Midler til økt aktivitet i alt	902	1 326	1 110	1 110	1 110	1 110

Tabell 2 Fordeling av midler i basisrammen til økt aktivitet i 2024 og 2025 og forutsatte midler 2026-2029 i millioner kroner

Midlene til økt aktivitet er i planleggingsrammene fordelt til helseforetakene i henhold til behovsandeler innen de enkelte tjenesteområdene. Den endelige fordelingen av basisbevilgningen skjer i den årlige budsjettbehandlingen. Da er regjeringens forslag til statsbudsjett kjent, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler til bestemte formål.

Regjeringen videreførte et generelt effektiviseringskrav på alle bevilgningsposter til spesialisthelsetjenesten i statsbudsjettet for 2025. Samlet er effektiviseringskravene anslått til om lag 170 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Som en planforutsetning foreslås det at effektiviseringskravet videreføres i planperioden. Inntektsreduksjonen innarbeides i inntektsrammene til helseforetak og sykehus etter andel driftsinntekter i perioden 2026-2029.

2.8.3. Resultatgrad, driftsresultat og finansresultat

For 2024 er resultatet for Helse Sør-Øst 3 184 millioner kroner, som gir en resultatgrad på 2,8 prosent, se tabell 3. I 2025 er det planlagt for et resultat på 2 116 millioner kroner med en resultatgrad på 1,8 prosent. Resultatbufferen på 700 millioner kroner er inkludert i budsjettert resultat.

Resultat for Helse Sør-Øst	2019	2020	2021	2022	2023	2024	B2025
(Års)resultat	2 009	2 593	2 078	1 675	1 544	3 184	2 116
Resultatgrad	2,3 %	2,9 %	2,2 %	1,6 %	1,5 %	2,8 %	1,8 %

Tabell 3 Resultatgrad for foretaksgruppen faktisk 2019–2024 og budsjett 2025, i millioner kroner. Resultatbuffer er medregnet for alle år i tabellen.

Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid for å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr.

Det regionale helseforetaket skal opprettholde driftsresultatet på samme nivå som for budsjett 2025, det vil si 150 millioner kroner. Med større endringer i rentebildet og som følge av framdriften i de store investeringsprosjektene vil finansresultatet – og dermed årsresultatet - variere. Som en planforutsetning budsjetteres det med en årlig resultatbuffer på 700 millioner kroner og investeringsbuffer på 200 millioner kroner.

Finansresultatet i foretaksgruppen vil påvirkes av økende gjeldsgrad knyttet til byggeprosjektene. Rentenivået i planperioden forventes å være fallende, men rentebanen er likevel om lag et halvt prosentpoeng høyere enn i forrige økonomiske langtidsplan. Langsiktig realrente videreføres som planforutsetning for årene etter 2029, og dette demper effektene av et svingende rentenivå på lang sikt.

For helseforetak som har pågående byggeprosjekter eller prosjekter under planlegging, opprettholdes kravet til nivå på driftsresultat før avskrivninger (EBITDA²-nivå). Helse Sør-Øst RHF vil ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne opprettholdes.

2.8.4. Midler til fordeling i økonomisk langtidsplan

Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst - oppdatering av inntektsmodellen

I oppdatering av inntektsmodellen er siste tilgjengelige befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra juni 2024 lagt til grunn. For bydelene i Oslo er det Oslo kommune sin befolkningsframskriving som benyttes. Ved oppdatering av grunnlagsdata som inngår i helse- og sosiale kriterier, har det vist seg at enkelte av kriteriene er sensitive for endringer i registreringer mellom år. Etter anbefaling fra SINTEF, som har bistått i innhenting av data, foreslås det å innføre tre-års gjennomsnitt i grunnlagsdata for alle helse- og sosiale kriterier ved beregning av behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern barn og unge. Tilnærmingen vil utjevne tilfeldig variasjon mellom år og sørge for større forutsigbarhet og stabilitet i inntektsrammene.

Det er i forbindelse med oppdateringen avdekket en feil i statistikken som ble hentet ut fra microdata.no (SSB sin statistikkbank) ved oppdatering av sykefraværskriteriet i somatikk-elementet i modell 2025. Feilen er korrigert, og endringen gir omfordelingseffekter i 2026.

I modellelementet for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern barn og unge vektet forbruk, uttrykt ved vektete liggedøgn, inn med 50 prosent i behovsandelen. Ved oppdatering av modell 2025 lå vektete liggedøgn fra prosjektet, forbruk 2022, fast. I styresak 156-2023 *Revidert inntektsmodell for Helse Sør-Øst* ble det foreslått at det skulle gjøres en ny vurdering av hvilke(t) år som skal danne grunnlag for faktisk forbruk, inkludert hvorvidt indeksene bør låses, inn mot økonomisk langtidsplan 2026–2029 når det var tilgjengelig aktivitetsgrunnlag for flere år etter koronapandemien. Innhenting av oppdaterte forbrukstall for 2023 og 2024 viser variasjon mellom år og mellom helseforetak/sykehus. Forbruk i 2023 er særlig påvirket av avviklingen av fritt behandlingsvalg. Endringer mellom 2022 og 2023, og mellom 2023 og 2024 vurderes å være så vesentlige at forbrukstall fra 2023 ikke er representative for å kunne inngå i beregningen av vektete liggedøgn som benyttes i behovsandelen. I modell 2026 foreslås det derfor å benytte gjennomsnittlig forbruk av 2022 og 2024 ved beregningen av vektete

² EBITDA står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger.

liggedøgn. Ved oppdateringen av modell 2027 vil det vurderes å benytte et gjennomsnitt av forbruk siste tre år.

I tillegg til omfordelingseffekter som følge av oppdatering av demografi og helse- og sosiale kriterier, gir modellen omfordelingseffekter som følge av endringer i basisrammen som følger av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2024 og budsjett 2025. Dette omfatter blant annet økte inntekter til endrede pensjonskostnader på om lag 663 millioner kroner. Denne bevilgningen er fordelt etter en annen fordelingsnøkkel i budsjettåret enn inntektsmodellens behovsandeler, som gir omfordelingseffekter når midlene fordeles gjennom inntektsmodellen.

Endring i avregning av kjøp fra private leverandører

Fra 2024 er det innført et oppgjør for bruk av private leverandører som gjenspeiler befolkningens faktiske forbruk innen alle områder der Helse Sør-Øst RHF har avtale om kjøp av fra private leverandører. Dette gjør at helseforetak og sykehus raskere vil se den økonomiske effekten av endringer i bruk. I forbindelse med oppdatering av den regionale inntektsmodellen for 2026, forskutteres en avregning av kjøp fra private avtaleparter på siste års tilgjengelige aktivitetsdata. Gjennom året vil Helse Sør-Øst RHF tilgjengeliggjøre aktivitetsdata som gjør helseforetakene og sykehusene i stand til å gjøre avsetninger for den forventede økonomiske effekten av avregning av kjøp fra private leverandører før endelig avregning i forbindelse med årsoppgjøret.

Inntektsfordeling internt i Oslo sykehusområde

Fra 2025 er Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus fullt ut en del av den regionale inntektsmodellen. For å ivareta finansieringen av områdefunksjoner og avtalt oppgavedeling mellom de tre sykehusene, er det etablert et fast, forskuttet gjestepasientoppgjør innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling der den økonomiske effekten er innarbeidet/omfordelt i basisrammen. Det brukes historiske data for å predikere pasientmobiliteten.

Grunnlaget for aktivitet som inngår i det forskuttede oppgjøret for somatikk, vurderes årlig i forbindelse med økonomisk langtidsplan og i dialog med Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. På grunn av koronapandemien ble aktivitetstallene i det forskuttede oppgjøret oppdatert for første gang på flere år i forbindelse med planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2025-2028. Aktivitetstallene ble da oppdatert fra 2019-aktivitet til 2023-aktivitet.

Oppdatering av aktivitetsgrunnlaget fra 2023 til 2024 viser at det har vært en relativt stor vekst i aktiviteten inn mot Oslo universitetssykehus HF fra Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Et fast forskuttet gjestepasientoppgjør er innført for å ivareta økonomisk forutsigbarhet for de tre sykehusene. Oppgjøret avregnes ikke i etterkant for faktisk aktivitet. Ved årlige oppdateringer må det derfor vurderes om det er vesentlige forhold som må hensyntas. For å ivareta intensjonen om forutsigbarhet i det forskuttede gjestepasientoppgjøret forslås det at oppgjøret beregnes på et gjennomsnitt av aktivitet fra 2023 og 2024. Gjennomsnitt av to år har også før pandemien vært benyttet som grunnlag for beregning av det forskuttede gjestepasientoppgjøret innen somatikk.

Oppdateringen medfører en omfordeling av basisramme inn til Oslo universitetssykehus HF med 69,5 millioner kroner, hvorav 33,6 millioner kroner fra Diakonhjemmet sykehus og 35,9 millioner kroner fra Lovisenberg Diakonale sykehus.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det forskutterte oppgjøret mellom Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for alderspsykiatri og allmennpsykiatri oppdatert med aktivitet for 2024 i det treårige gjennomsnittet som benyttes i beregningen. Oppdateringen omfordeler 4,1 millioner kroner fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Diakonhjemmet sykehus. Det forskutterte gjestepasientoppgjøret inn mot Oslo universitetssykehus HF ligger uendret i planforutsetningene for 2026 sammenlignet med budsjett 2025. Dette oppdateres i forbindelse med budsjett 2026.

Det endelige forskutterte gjestepasientoppgjøret for 2026, innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fastsettes i dialog mellom sykehusene og Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettprosessen for 2026.

Endring i opptaksområder

I framskrivingen av inntektsrammer tas det 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. Ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF ved årsskiftet 2025/2026, ref. styresak 024-2023 *Tidspunkt for overføring av ansvar for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF*. Overføringen av ansvaret er hensyntatt i oppdateringen av inntektsmodellen. En håndtering av eventuelle økonomiske ulemper for Akershus universitetssykehus HF knyttet til overføringen vil bli vurdert inn mot budsjett 2026. Innspillet til økonomisk langtidsplan 2026-2029 fra Akershus universitetssykehus HF vil være en del av grunnlaget for en slik vurdering.

Det er videre forutsatt at overføring av psykisk helsevern og rusbehandling for bydelene i Groruddalen skjer samlet i 2032. Ansvaret for somatiske tjenester for bydelene Grorud og Stovner er forutsatt overført til Oslo universitetssykehus HF i 2032, jf. styresak 093-2024 *Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo*. Fra samme tid overføres det helhetlige spesialisthelsetjenesteansvaret fra Sagene fra Oslo universitetssykehus HF til Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Pensjon

Helse- og omsorgsdepartementet håndterer endringer i pensjonskostnad ved å justere basisrammen. Bevilgningsendringen tar utgangspunkt i endringen i pensjonskostnaden nasjonalt, og fordeles mellom de regionale helseforetakene etter andelene i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

Samlet gjennom revidert nasjonalbudsjett 2024 (Prop. 104 S (2023-2024)) og Prop. 1 S (2024–2025) har Helse Sør-Øst RHF fått økt sin basisramme med 1 385 millioner kroner for endrede pensjonskostnader. Endringer i basisrammen blir i det aktuelle budsjettåret fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsendring, for så å bli fordelt etter inntektsmodellens behovsandeler i året etter. Endringen i revidert nasjonalbudsjett 2024 ble forskuttert i økonomisk langtidsplan 2025-2028, og innarbeidet i inntektsmodellen for

2025. Av bevilgningen i statsbudsjettet for 2025 ble 662,6 millioner kroner fordelt til helseforetakene etter andel kostnadsendring. Basisrammen for 2025 innarbeides i inntektsmodellen for 2026, og dette kan gi omfordelingseffekter ved fordeling etter behovsandeler. Det vises til styresak 119-2024 *Budsjett 2025-fordeling av midler til drift og investeringer* for utvidet omtale av håndteringen av bevilgninger til pensjon i 2024 og 2025.

Stortinget vedtok 12. april 2024 ny avtalefestet pensjon (AFP). AFP blir en livsvarig ytelse som kommer i tillegg til tjenstepensjon og alderspensjon fra NAV. Sist kjente informasjon tilsier at de regnskapsmessige konsekvensene av denne loven først bli iverksatt i 2025. Regjeringen vil komme tilbake til en vurdering av konsekvensene av Stortinget sitt vedtak om AFP for offentlig tjenstepensjon for de regionale helseforetakene, inkl. de 12 sykehusene med langsiktige driftsavtaler med de regionale helseforetakene, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2025.

På grunn av usikkerhet i kostnadsanslagene for 2025 skal helseforetakene legge til grunn budsjett 2025 ved budsjettering av pensjonskostnad og pensjonspremie i økonomisk langtidsplan.

Samlet effekt av oppdatering av inntektsmodellen

Oppdatering av inntektsmodellen gir årlige omfordelinger per helseforetak som vist i tabell 4. Beløpene må summeres for å se samlet effekt over fireårs-perioden.

Omfordelingseffektene er et resultat av ordinær oppdatering av inntektsmodellen og forholdene omtalt over.

Omfordelingseffekter av inntektsmodellen	2026	2027	2028	2029
Akershus universitetssykehus HF	- 513 289	52 617	51 878	41 864
Sykehuset Innlandet HF	- 47 366	- 33 453	- 34 365	- 34 676
Oslo universitetssykehus HF	795 220	22 283	23 258	30 875
Diakonhjemmet sykehus	- 7 074	- 12 273	- 10 464	- 3 664
Lovisenberg Diakonale Sykehus	50 723	4 681	786	- 2 594
Sørlandet sykehus HF	- 18 502	399	- 1 478	- 2 113
Sykehuset Telemark HF	- 65 916	- 14 034	- 16 333	- 17 569
Sykehuset i Vestfold HF	- 89 665	- 10 262	- 8 045	- 8 637
Vestre Viken HF	- 6 433	- 9 423	- 5 592	- 5 697
Sykehuset Østfold HF	- 97 698	- 534	355	2 211
Sum	0	0	0	0

Tabell 4 Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2026–2029 (i millioner 2025-kroner)

2.8.5. Behov for ekstraordinær inntektsstøtte

Oppdatering av inntektsmodellen medfører vesentlige negative omfordelingseffekter for Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF, og de tre helseforetakene vil trenge tid til kostnadstilpasning. Det foreslås at behovene for omstilling fordeles over inntil tre år ved at Helse Sør-Øst RHF yter inntektsstøtte med henholdsvis (sum) 170 millioner kroner i 2026 og 85 millioner kroner i 2027. I tillegg foreslås det at inntektstøtten til Sykehuset Innlandet HF trappes ned fra 55 millioner kroner i 2025 til 25

millioner kroner i 2026. Det endelige nivået for ekstraordinær inntektsstøtte fastsettes i de årlige budsjettene. Midlene fordeles som i tabell 5 mellom de tre helseforetakene:

Inntektsstøtte	2026	2027	2028	2029
Sykehuset Innlandet HF	25 000	-	-	-
Sykehuset Telemark HF	44 000	22 000	-	-
Sykehuset i Vestfold HF	60 000	30 000	-	-
Sykehuset Østfold HF	66 000	33 000	-	-
Sum	195 000	85 000	-	-

Tabell 5 Ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset i Innlandet HF, Sykehuset i Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF

2.8.6. Andre inntektsrammeforutsetninger

Overføring av virksomhet ved Martin Hansens Hospital AS til Vestre Viken HF

Styret godkjente i styresak 125-2024 *Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF*, avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Partene er i avtalen enige om at overføringen tentativt finner sted 1. november 2025, og senest 1. januar 2026. Det er lagt til grunn at Vestre Viken HF ikke skal få forbigående, forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen. Det innebærer blant annet at finansieringen av virksomheten ved Martina Hansens Hospital AS videreføres i 2026, slik den er i dag. Den samlede virksomheten i Vestre Viken HF vil fra 2027 bli finansiert etter gjeldende inntektsmodell og finansieringsprinsipper i Helse Sør-Øst. Dette vil legges til grunn som en del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Eventuelle økonomiske utfordringer i forbindelse med overføringen, og behov for inntektsstøtte til Vestre Viken HF i 2026, vil bli vurdert i forbindelse med budsjett 2026 i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.

Protonterapi

Den flerregionale behandlingstjenesten protonterapi starter opp ved Oslo universitetssykehus HF våren 2025 og medfører økte drifts- og kapitalkostnader. De økte driftskostnaden er ikke reflektert i ISF-ordningen. Jf. styresak 119-2024 *Budsjett 2025 fordeling av midler til drift og investeringer* er Oslo universitetssykehus tilført 142,3 mill. kroner i økt basisramme for å håndtere økte drifts- og kapitalkostnader. Som en følge av at protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF også skal behandle pasienter fra Helse Nord vil det i 2025 også bli overført om lag 30 millioner kroner fra Helse Nord RHF til Helse Sør-Øst RHF for å dekke kostnadene for protonsenderet. I tillegg håndteres pasientmobilitet mellom regionene og internt i Helse Sør-Øst innenfor eksisterende ordninger for gjestepasientoppgjør. Det planlegges for en gradvis opptrapping av behandlingsskapiteten ved protonsenderet i planperioden, mens store deler av kostnadene vil løpe fra 2025. Det innebærer at kostnaden per pasient vil være synkende, men den planlagte volumøkningen i 2026 tilsier at Helse Sør-Øst RHF må øke overføringene fra 142,3 mill. kroner i 2025 til 174 millioner kroner i 2026. Overføringen fra Helse Nord RHF er anslått å øke med 4 millioner

kroner. Det vil bli gjort en nærmere vurdering av finansieringen av protonsentret i forbindelse med budsjett 2026. Som planforutsetning i økonomisk langtidsplan 2026-2029 legges følgende kostnader og finansiering til grunn for protonsentret ved Oslo universitetssykehus HF:

	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
	2026	2027	2028	2029
Kostnad protonsentret	224 115	210 969	209 480	208 513
Estimert ISF-inntekt protonsentret	4 193	6 483	8 315	9 354
GP-inntekt fra HN	1 865	2 884	3 699	4 162
GP-oppgjør internt i HSØ*	9 783	15 126	19 401	21 826
Rammefinansiering fra HSØ RHF	208 274	186 476	178 065	173 171
Rammebidrag fra HN RHF	33 998	31 701	30 343	29 692
Netto rammebidrag fra HSØ RHF	174 276	154 774	147 723	143 478

Tabell 6: kostnader og finansiering protonsentret på Radiumhospitalet

Lønns- og personalkostnadene øker fra 2025 til 2026, før de reduseres i 2027. Økningen i 2026 skyldes gradvis opptrapping av bemanningen ved protonsentret, mens reduksjonen i bemanningen for dagens foton-strålebehandling fører til reduserte kostnader i 2027.

Endring i takster for poliklinisk laboratorievirksomhet

Helsedirektoratet avsluttet i 2022 et arbeid med en kostnadskartlegging av laboratorietjenester basert på kostnadsdata fra 2018. De samlede resultatene viste at refusjoner i gjennomsnitt dekket 62 prosent av de samlede driftskostnadene sammenlignet med forutsetningen om en gjennomsnittlig kostnadsdekning på 40 prosent. Det var til dels store variasjoner mellom fagområdene.

Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å anslå kostnadsdekningen for laboratorieanalyser som utbetales på kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 76. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene skal, sammen med helseforetakene, samarbeide om gjennomføringen.

Formålet med prosjektet er å kartlegge kostnadene knyttet til laboratorietjenester for polikliniske pasienter. Kartleggingen skal anslå de totale kostnadene for polikliniske laboratorietjenester, ideelt sett per fagområde. Kartleggingen skal blant annet bidra til en vurdering av om forutsetningen om en fordeling mellom rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering er oppfylt på nasjonalt nivå, samt eventuell variasjon mellom regioner og de enkelte helseforetak, og de faktiske forhold for hvert fagområde innen polikliniske laboratorietjenester.

Arbeidet kan medføre endringer i takster for poliklinisk laboratorievirksomhet i planperioden.

Reversering av kompensasjon i inntektsrammene i budsjett 2025

I styresak 146-2024 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* ble styret orientert om at Helse Sør-Øst RHF ville kompensere enkelte helseforetak for endringer i inntektsrammene som ble vedtatt i styresak 119-2024. Kompensasjonen fulgte som følge av en endring i fordelingsnøkkelen som ble benyttet for å fordele en reservasjon av midler til endrede pensjonskostnader som lå i Helse Sør-Øst RHF, til helseforetakene i

budsjettrammene slik var vedtatt i styresak 119-2024. Helse Sør-Øst RHF kompenserte helseforetakene som fikk negative effekter som følge av endret fordelingsnøkkel. Kompensasjonen var samlet om lag 41 millioner kroner. Kompensasjonen reverseres i inntektsrammene for 2026.

Andre spesifikke inntektsrammeforutsetninger

- Sunnaas sykehus HF:

Helse Sør-Øst RHF gjør en årlig vurdering av basisrammen til Sunnaas sykehus HF. Sunnaas sykehus HF har ikke opptaksområdeansvar, men ansvar for kompleks rehabilitering i Helse Sør-Øst. Det foreslås at Sunnaas sykehus HF som en planforutsetning får en årlig økning i basisrammen på 3 millioner kroner. Endelig beløp vil fastsettes i årlig budsjett.

- De to private ideelle sykehusene uten opptaksområde³:

Det er på det nåværende tidspunkt ikke gjort vurderinger som gir grunnlag for å endre inntektsrammeforutsetningen til de private ideelle sykehusene uten opptaksområde. Det legges derfor til grunn en videreføring av de to private ideelle sykehusenes inntektsrammer for 2025, justert for midler til økt aktivitet.

Sykehuspartner HF - inntektsrammeforutsetninger

Til og med 2025 er Sykehuspartner HF tildelt basisramme til dekning av akkumulerte negative resultater per 31. desember 2018 som følge av infrastrukturprosjektet iMod.

I tabellen nedenfor er det forutsatt basisrammefinansiering av driftskostnadene i infrastruktur- og teknologiportefølje, driftskostnadene til den regionale IKT-porteføljen og til porteføljekontoret (felleskostnader administrasjon portefølje). Driftskostnadene i infrastruktur og teknologiportefølje er på styringsrammenivå (P50-estimat).

³ Revmatismesykehuset AS og Betanien sykehus. Virksomheten ved Martin Hansens Hospital AS overdras til Vestre Viken HF 1. november 2025, jf. styresak 125-2024 *Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF*

Basisramme Sykehuspartner HF	B2025	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
		2026	2027	2028	2029
Inndekning av opparbeidet underskudd	85				
Driftskostnader regional IKT	105	167	167	167	167
Driftskostnader infrastruktur og teknologiportefølje	172	138	137	135	130
Porteføljekontor (felleskostnader portefølje)	75	68	68	68	68
Sum basisramme	437	373	372	370	365

Tabell 7 Basisramme til Sykehuspartner HF 2025–2029 i millioner kroner

Praksis med basisrammefinansieringen av Sykehuspartner HF vil bli vurdert nærmere, herunder om det er elementer som heller bør tjenesteprires ut til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF vil igangsette et slik arbeid i samarbeid med Sykehuspartner HF som skal resultere i tydelige prinsipper for hvilke driftskostnader som skal inngå i tjenestepri, og hvilke fordelingsnøkler som i så fall skal anvendes, og hvilke driftskostnader som skal basisrammefinansieres.

2.8.7. Økonomiske planleggingsrammer i perioden

Tabell 8 viser planforutsetninger for sum faste inntekter per år i perioden, fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde.

Sum faste inntekter	B2025	Økonomiplan 2026-2029				Andel 2025	Andel 2029
		2026	2027	2028	2029		
Akershus universitetssykehus HF	12 240	11 878	12 082	12 286	12 481	13,4 %	13,1 %
Oslo universitetssykehus HF	17 807	18 753	18 944	19 030	19 123	19,5 %	20,1 %
Sunnaas sykehus HF	586	588	590	592	594	0,6 %	0,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	5 694	5 665	5 723	5 783	5 843	6,2 %	6,1 %
Sykehuset Innlandet HF	8 435	8 481	8 554	8 625	8 696	9,3 %	9,2 %
Sykehuset Telemark HF	4 137	4 117	4 156	4 193	4 228	4,5 %	4,4 %
Sykehuset Østfold HF	7 468	7 464	7 561	7 660	7 760	8,2 %	8,2 %
Sykehuspartner HF	437	372	371	369	364	0,5 %	0,4 %
Sørlandet sykehus HF	7 588	7 655	7 749	7 841	7 932	8,3 %	8,3 %
Vestre Viken HF	10 529	10 660	10 788	10 920	11 052	11,5 %	11,6 %
Betanien Hospital	153	154	156	157	159	0,2 %	0,2 %
Diakonhjemmet sykehus	2 023	2 022	2 046	2 070	2 102	2,2 %	2,2 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 293	2 345	2 391	2 433	2 472	2,5 %	2,6 %
Martina Hansens Hospital	289	292	295	298	301	0,3 %	0,3 %
Revmatismesykehuset	83	84	84	85	86	0,1 %	0,1 %
Helse Sør-Øst RHF	11 403	11 577	11 663	11 749	11 839	12,5 %	12,5 %
I alt	91 163	92 107	93 153	94 093	95 033	100,0 %	100,0 %

Tabell 8 Planleggingsrammer 2026–2029 i millioner 2025-kroner

Ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna, med tilhørende basisramme, overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF i 2026. Overføringen medfører en stor overføring av faste inntekter mellom de to helseforetakene. Jf. omtale over vil håndtering av eventuelle økonomiske ulemper for Akershus universitetssykehus HF knyttet til overføringen av ansvaret bli vurdert i budsjett 2026.

Dette er planleggingsrammer som foreslås lagt til grunn for budsjettprosessen inn mot 2026 og videre for planperioden. Det tas forbehold om at det kan bli justeringer av disse rammene ut over det som følger av Prop. 1 S (2025–2026).

2.9. Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen. Resultatmålene må nås slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

Det prioriteres mellom investeringsprosjekter ut fra regionale og foretaksspesifikke behov. Den etablerte finansieringsmodellen for investeringer i Helse Sør-Øst setter regionen i stand til å gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar finansieringsmodellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger. Dette bidrar til effektiv regional samhandling med positive effekter på kvalitet og økonomi.

2.9.1. Finansiering av investeringer

Helseforetakene får tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere denne basisrammen til henholdsvis drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes ved positive resultater i driften. Det enkelte helseforetak må bidra med egenfinansiering ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter ved foretaket, herunder også likviditet fra positive resultater. Forutsetninger om egenfinansiering av investeringsprosjekter i økonomisk langtidsplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutningen.

I planperioden skal *Finansstrategi for Helse Sør-Øst* (jamfør styresak 118-2023 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*) legges til grunn, herunder likviditetsstyringsprinsippene og tillatt omfang av finansiell leasing.

Foretaksgruppen har i 2025 om lag 4,4 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og til helseforetakenes lokale investeringsformål. Tildeling av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på andel av faste inntekter. I planforutsetningene for 2026–2029 foreslås det at nivået på 1 202,0 millioner kroner fra budsjett 2025 videreføres. I tillegg avsettes 200 millioner kroner i 2026 av regionens likviditet til lokale investeringsformål for å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer i helseforetakenes bygningsmasse.

2.9.2. Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Regionalt prioriterte prosjekter foreslås videreført i tråd med styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028* og styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan 2040*.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kroner kan delfinansieres med lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 200 millioner kroner og regionale IKT-satsninger. Helseforetakene ivaretar investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, lokale IKT-initiativ og bygningsmessig oppgradering og vedlikehold innenfor tilgjengelig likviditet. I tillegg kan helseforetakene gi innspill på prosjekter for regional prioritering i økonomisk

langtidsplan. Helseforetakene skal som en planforutsetning innarbeide prosjekter som planlegges gjennomført og er regionalt prioritert, se tabell 9.

Byggeprosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning. I tillegg til dette tas det høyde for investeringer i bygninger Helse Sør-Øst RHF eier, og som disponeres av Diakonhjemmet sykehus AS. Muligheter for trinnvis utbygging skal utredes i alle byggeprosjekter.

For investeringsprosjekter som planlegges ferdigstilt i 2026 må det budsjetteres med måned for ferdigstilling, slik at blant annet budsjettering av renter og avskrivninger blir korrekt. Anleggsverdi og finansiering budsjetteres overført i forbindelse med eierskifter, mens renter og avskrivning skal starte måneden etter klinisk aktivitet starter opp i bygget.

Helseforetak	Prosjektnavn	Planfase per 27.02.2025	Prosjekteier	Styresak HSØ RHF
Akershus universitetssykehus HF	Samling sykehusbasert psykisk helsevern	Gjennomføringsfase	HF	sak 045-2023
Akershus universitetssykehus HF	Kreft- og somatikkbygg, T0+	Avsluttet konseptfase	HF	sak 144-2024
Akershus universitetssykehus HF	Kreft- og somatikkbygg, T1-T2	Konseptfase	HF	sak 120-2021
Oslo universitetssykehus HF	Livsvitenskapsbygget	Gjennomføringsfase	Ekstern partner	sak 055-2023
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og Nye Rikshospitalet	Gjennomføringsfase	RHF	sak 146-2022
Oslo universitetssykehus HF	Ny sikkerhetspsykiatri	Gjennomføringsfase	RHF	sak 069-2023
Oslo universitetssykehus HF	Etappe 2 for nye Oslo universitetssykehus	Prosjektinnramming	RHF	sak 102-2024
Sunnaas sykehus HF	Byggetrinn 3	Avsluttet konseptfase	HF	sak 070-2024
Sykehuset Innlandet HF	Viderutvikling av Sykehuset Innlandet HF	Konseptfase	RHF	sak 102-2022
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 1	Gjennomføringsfase	HF	sak 081-2024
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 2-3	Forprosjekt	HF	sak 132-2020
Sykehuset Østfold HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	Avsluttet konseptfase	HF	sak 143-2024
Sørlandet sykehus HF	Akuttbygg Kristiansand	Forprosjekt	HF	sak 134-2023

Tabell 9: Regionale byggeprosjekter for planperioden

Helse Sør-Øst RHF har innhentet oppdaterte vurderinger av framtidig utvikling i byggekostnader fra Prognosesenteret, datert 27. september 2024. Prognosesenteret anslår en vekst i byggekostnadsindeksen på 2,8 prosent for 2026 og 3,1 prosent for 2027. Basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) konjunkturtenndens og pengepolitisk rapport fra Norges Bank er det forholdsvis små forskjeller mellom den anslåtte generelle prisveksten og byggekostnadsutviklingen anslått fra Prognosesenteret, og derfor legges det ikke til grunn en realprisjustering av byggekostnader i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

For IKT-området legges følgende til grunn:

Portefølje	Prosjektnavn	Styresak HSØ RHF	Forventet sluttdato
Klinisk og administrative	Nasjonal IKT-løsning for AMK i Helse Sør-Øst	sak 075-2020	jun.26
Klinisk og administrative	Regional radiologi 2.0	sak 154-2023	des.26
Klinisk og administrative	Klinisk legemiddelsamhandling	121-2023	jun.26
Klinisk og administrative	Ny regional løsning for medikamentell kreftbehandling	075-2024	sep.26
Infrastruktur- og teknologi	Modernisering av nett	sak 053-2024	des.28

Tabell 10: Styregodkjente IKT- prosjekter i Sykehuspartner HF

Alle IKT- prosjektene i Sykehuspartner HF er i gjennomføringsfase. Oversikten gjenspeiler status i forbindelse med tertialvis rapportering jf. styresak 019- 2025 *Status og rapportering for regionale IKT- og infrastrukturprosjekter, tredje tertial 2024*. Flere av prosjektene i saken avsluttes eller har planlagt faseovergang i 2025 og inngår derfor ikke i oversikten over.

Prioritering og gjennomføring av prosjektene avhenger av framdriften i andre prosjekter og resultatutviklingen, og foretaksgruppen vil tilpasse det samlede investeringsporteføljen til det økonomiske handlingsrommet.

Økonomisk langtidsplan skal ta høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi. Styret ba i vedtaket i styresak 120-2024 *Oppdatert behovsvurdering for framtidig kapasitet innen stråleterapi i Helse Sør-Øst*, om at videre arbeid med etablering av stråleterapienhet ved Akershus universitetssykehus HF utsettes inntil videre og at administrerende direktør kom tilbake med en ny sak hvor konsekvensene av behovsvurdering for framtidig kapasitet innen stråleterapi i Helse Sør-Øst er nærmere konkretisert. Konkretiseringen er ikke ferdigstilt i forbindelse med planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2026-2029. Styret godkjente i styresak 143-2024 *Sykehuset Østfold HF – konseptfase for stråle- og somatikkbygg, Kalnes* den framlagte konseptrapporten og ba om at den ble lagt til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for nytt stråle- og somatikkbygg. Styret forutsatte at prosjektet gjennomføres med trinnvis utbygging, hvor stråleterapienheten planlegges gjennomført mot slutten av byggeperioden og skal baseres på kapasitetsbehovet på det tidspunktet. De øvrige helseforetakene som planlegger nye stråleterapisenter, må i sitt innspill til økonomisk langtidsplan avstemme med kapasitetsforutsetningene som nå ligger i prosjektene.

Som del av konseptfasen for byggeprosjektene skal de økonomiske effektene for den regionale IKT-prosjektporteføljen og for investeringer i IKT-infrastruktur, vurderes. Vurderingen må belyse hvordan hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader. Dette gjelder innenfor byggeprosjektets egen styringsramme, og for regionens IKT-satsning i Sykehuspartner HF. Videre må eventuelle mottaksprosjekter og behov for lokale løsninger som følge av driftskonsepter mv., identifiseres og kostnader anslås og innarbeides i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.

Flere helseforetak i regionen arbeider med planer for nybygg ut over prioriterte prosjekter. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2026–2029 vil eventuelle nye regionale prioriteringer av investeringsprosjekter vurderes og tilpasses økonomisk handlingsrom.

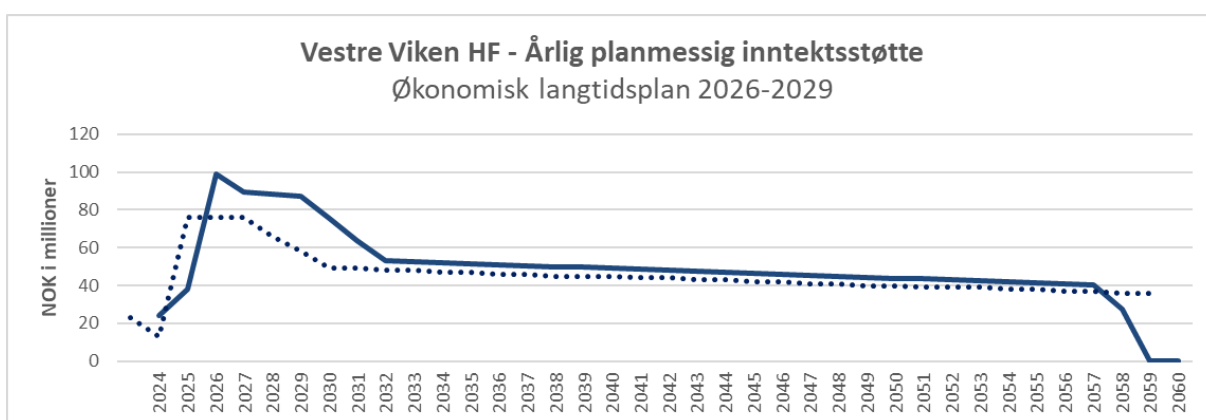
Gjennomføring av store prosjekter medfører risiko for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen. Helseforetaket skal eie egne sykehusbygg, og må dekke kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på lik linje med øvrige kostnader. På samme måte som det regionale helseforetaket som prosjekteier, må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

- Sensitivitetsberegninger i utredningene viser risiko for enkeltelementer i økonomisk bæreevne, og dermed mulige krav til ytterligere gevinstuttak
- Prosjektene har kuttliste i gjennomføring. Likeledes må helseforetaket ha gevinstplaner som kan utvides og revideres. Det er krav til at gevinstplanene revideres årlig.
- Usikkerhetsanalyser på byggekostnadene gjennomføres, og tar hensyn til prosjektintern risiko. Kostnadsøkninger som følge av eksogene sjokk, som for eksempel pandemi eller krig, er ikke inkludert i usikkerhetsanalysene.

Det er også muligheter for å håndtere endringer utover kostnadsrammen og utfordringer etter ferdigstilling av prosjektet:

- Dersom byggekostnadene øker utover kostnadsrammen, og det kan påvises med rimelig sannsynlighet at dette skyldes eksogene sjokk, vil det regionale helseforetaket kunne bidra med planmessig inntektsstøtte. Nivået anslås i forbindelse med økonomisk langtidsplan, oppdateres i lys av utviklingen i prosjektet, og vedtas i årlige budsjetter.
- I henhold til allerede etablerte prinsipper, kan Helse Sør-Øst RHF bidra med ekstraordinær inntektsstøtte ved bristende forutsetninger for gevinstuttak/kostnadstilpasning i det enkelte budsjettår.

Styret godkjente i sak 062-2024 *Vestre Viken HF – planmessig inntektsstøtte* en planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF for økonomisk langtidsplan 2025-2028. Styret vedtok videre at de gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene ville følge med på utviklingen og følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for nytt sykehus i Drammen ikke skal bli til hinder for at helseforetaket kan fortsette å levere gode og likeverdig helsetjenester. Styret vedtok i sak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*, å tildele 14,8 millioner kroner i inneværende år og at beløpet justeres med endelig rentenivå. Det er gjort en oppdatert beregning av behov for planmessig inntektsstøtte i økonomisk langtidsplan 2026-2029. For 2026 har anslaget økt fra 76 til 99 millioner kroner som følge av indeksregulering og renteøkning. Den planmessige inntektstøtten reduseres over tid i takt med den budsjetterte rentebanen.



Figur 1 Periodisering av planmessig inntektsstøtte for økonomisk langtidsplan 2026-2029. Striplet linje viser forutsetningene benyttet i økonomisk langtidsplan 2025-2028

2.9.3. Gevinstrealisering av store byggeprosjekter

Helseforetakene skal innarbeide driftsøkonomiske effekter av regionalt prioriterte byggeprosjekter fra godkjent forprosjektfase. Disse effektene skal oppdateres fram til helseforetaket har godkjent ferdigstilling av gevinstrealiseringen av prosjektet.

Driftsøkonomiske effekter budsjetteres som akkumulerte driftsøkonomiske effekter sammenlignet med nullpunktsmålingen. De deflatorjusterte, driftsøkonomiske effektene som er forutsatt i forprosjektet, oppgis i malverket. Helseforetakene skal som planforutsetning oppdatere gevinstrealiseringsplanene i den økonomiske langtidsplanen, og tilhørende redegjørelser skal innarbeides i helseforetakenes innspill.

Videre oppfølging av prosjektenes gevinstrealisering gjøres gjennom årsbudsjetter og tertialvis foretaksrapportering.

En sentral del av gevinstrealiseringen er effektene på bemanningsnivået og -sammensetningen i helseforetaket. I planperioden skal helseforetaket sørge for at effektene fra byggeprosjektene er avstemt med den totale bemanningsbudsjetteringen.

2.10. Medisinsk-teknisk utstyr

I økonomisk langtidsplan 2025–2028 viste innspillene fra helseforetakene at det var planlagt med et investeringsnivå til medisinsk-teknisk utstyr (MTU) på 7,6 milliarder kroner samlet i perioden 2025–2028. Tabell 11 viser investeringer i perioden 2018–2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Investeringer i MTU	977	933	1 176	1 201	1 212	1 281	1 762

Tabell 11: Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i regionen i millioner kroner

Den regionale leveransemodellen for MTU-anskaffelser tilrettelegger for effektiv samhandling mellom helseforetakene, Sykehusinnkjøp HF og Sykehuspartner HF. Fra 2025 er Sykehuspartner HFs leveranseteam for MTU-anskaffelser tjenestefinansiert. Det forventes at helseforetakene benytter den regionale leveransemodellen når de utarbeider økonomisk langtidsplan.

For perioden 2026–2029 skal helseforetakene bruke tilgjengeliggjort datagrunnlag fra regionalt kompetansesenter for medisinsk-teknisk utstyr (RKMTU) for å vurdere status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer av anskaffelser i eget helseforetak, og vise hvordan dette er innarbeidet i innspillet til økonomisk langtidsplan. Det skal vises hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken, i tråd med etablerte krav om at det enkelte helseforetak utarbeider erstatningsplaner for utstyrsparken.

2.11. Bygg og eiendom

Det overordnede målet for eiendomsvirksomheten er at eiendommene skal støtte opp om strategiske mål og utvikling i Helse Sør-Øst, der eiendommene og eiendomsvirksomheten skal være virkemidler for å understøtte pasientbehandlingen. Som vist i styresak 080-2018 *Delstrategi for Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst* gis det krav til helseforetakene. Videre gir *Regional utviklingsplan 2040* føringer til helseforetakene for fem perspektiver:

2.11.1. Tilstandsbasert vedlikehold

Tilstanden til byggene skal registreres i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) i 2024, og hvert fjerde år. Tilstandsanalysen er grunnlag for vedlikeholdsplanene, som skal føre til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk. Helseforetakene etablerte i 2022 tilstandsbaserte 10-års vedlikeholdsplaner

for tilstandsgrad 2 (TG2) og 5-års vedlikeholdsplaner tilstandsgrad 3 (TG3). Vedlikeholdsplanene videreføres som forutsetning for planperioden. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.

I gjennomsnitt bør ordinært vedlikehold ligge på minimum 400 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen. Dette er en indeksregulering fra 350 kroner per kvadratmeter som har ligget til grunn i tre siste økonomiske langtidsplanene. Der et normbasert vedlikehold ikke er tilstrekkelig, må det etableres forslag til investeringsprosjekter tilpasset utviklingsplanen.

Regimer for behovsvurdering og prioritering av vedlikehold av bygningsmassen beskrives overordnet i helseforetakets utviklingsplan. Årlig vedlikeholdsplanlegging og budsjettprosess forankres i økonomisk langtidsplan.

Styret behandlet i sak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen*. Styret ba i vedtaket om at det skal legges til rette for bedre forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Som et ledd i dette skal Helse Sør-Øst RHF vurdere og komme tilbake til styret med et opplegg for bedre styring av vedlikeholdet.

For å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer blir det avsatt 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet til lokale investeringsformål i årene 2023-2026. Helseforetakene skal minst videreføre vedlikeholdsnivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

2.11.2. Effektiv arealutnyttelse

Helseforetakene i Helse Sør-Øst innførte en kostnadsdekkende internhusleieordning 1. januar 2023 etter retningslinjene fra styresak 055-2022 *Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst*. I oktober 2024 ble det gjennomført en forenklet evaluering av internhusleieordningen, som er behandlet i styresak 004-2025 *Tilstandsrapportering 2024 og evaluering av internhusleieordningen i Helse Sør-Øst*.

Helseforetakene skal tydelig identifisere vedlikeholds- og utviklingsbudsjettet i langtidsplanen og at det opprettholdes på dette nivået i hvert budsjettår, med endringer synliggjort i årlig styrebehandling av budsjettet. Gjennom årlige møter med klinikkene vil helseforetakene ha oversikt over vedlikeholds- og arealbehov, samt planlegge for fremtidig vedlikehold og utskifting. Helseforetakene skal innarbeide forbedringstiltakene fra evalueringen i planperioden.

2.11.3. Prosjekteierstyring og standardisering

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter skal følges for alle investeringsprosjekter over 500 millioner kroner.

Helseforetakene skal arbeide med å forbedre prosjekteierstyringen for større investeringsprosjekter. Prosjekteiere av byggeprosjekt i Helse Sør-Øst skal bidra til effektivisering av prosjekterings- og byggeprosesser ved økt standardisering og industrialisering. Det skal etableres gode rutiner for implementeringsfasen. Krav om

evaluering av alle prosjekter skal også inkludere implementeringsfasen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Det henvises til det styrende dokumentet *Prosjekteierstyring for sykehusbyggprosjekter i Helse Sør-Øst*.

2.11.4. Digitalisering

En viktig forutsetning for effektiv eiendomsforvaltning er etablering av et godt IKT-system for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen i et livsløpsperspektiv. Gode styringsdata sikrer at eiendomsforvaltningen blir faktabasert, noe som muliggjør systematisk, forutsigbar og rutinemessig drift, vedlikehold og utvikling.

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente trinn 1 for implementering av felles regional FM-plattform for nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet og nytt sykehus i Drammen i styresak 101-2023 *Digitalisering av eiendomsforvaltningen*. Trinn 1 skal fullføres i 2025 og vil danne grunnlag for trinn 2, som omfatter implementering i alle helseforetak. Evaluering og erfaring fra innføringen i trinn 1 vil bli lagt frem for styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i 2025 og vil inkludere en utrullings- og gevinstrealiseringsplan for alle helseforetak. Helseforetakene skal forberede informasjonsforvaltningen for både eksisterende og ny eiendomsportefølje i planperioden.

2.11.5. Miljø- og samfunnsansvar

Eierskapsmeldingen *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap (Meld. St. 6 (2022-2023))* stiller økte krav til klimarisikovurderinger med tilhørende klimatilpasningstiltak. Energiforbruket er en av de største drivere til CO₂-utslipp, og meldingen viser til at Staten er opptatt av at selskap setter seg mål på kort og lang sikt i tråd med Parisavtalens mål, og at dette følges opp med konkrete handlingsplaner. Det må på plass tiltak for å redusere energibruken. Spesialisthelsetjenestenes mål er 20 prosent reduksjon i energiforbruk og 40 prosent reduksjon av CO₂-ekvivalenter innen 2030, målt fra 2019. Helseforetakene må utarbeide handlingsplaner for å støtte opp under disse målene.

Jf. *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* er arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, en viktig del av virksomheten til helseforetakene. Helseforetakene må legge til grunn at arbeidet med å nå klima- og miljømål videreføres i planperioden.

For nye sykehusbyggprosjekter skal *Standard for klima og miljø* fra Sykehusbygg HF følges.

2.12. IKT-området

I *Regional utviklingsplan 2040* for Helse Sør-Øst framheves viktigheten av teknologi for å lykkes med flere av de seks satsingsområdene. Særlig framheves dette i satsingsområdet "Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi".

Helseforetakene skal prioritere innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger og gi helsepersonell tilgang til gode arbeidsverktøy som bidrar til en mer effektiv og trygg arbeidsdag og styrket pasientsikkerhet.

Regional delstrategi for teknologiområdet, (styresak 132-2023) har identifisert følgende syv innsatsområder:

- Pasienter behandles og følges opp hjemme når det gir effektiv ressursbruk, god kvalitet og økt egenmestring.
- Kunstig intelligens, beslutningsstøtte og persontilpasset medisin skal gi arbeidsbesparende effekter, i tillegg til mer presise og likeverdige helsetjenester.
- Nødvendig og relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for pasienter og helsepersonell på tvers av helsetjenesten.
- Brukervennlig teknologi skal gi effektive arbeidsprosesser og forenkle hverdagen for helsepersonell.
- Økt datafangst og bruk av informasjon for å forbedre pasientbehandlingen, sykehusdriften og grunnlaget for forskning.
- Økt grad av brukerdrevne utviklingsmetoder skal gi raskere endringer og gode brukeropplevelser.
- Moderne og kostnadseffektive felles IKT-tjenester som også gir økt endringsevne.

De nasjonale og regionale ambisjonene krever investeringer i digitale løsninger for pasienter og helsepersonell og i IKT-infrastruktur. Det er særlig behov for å prioritere teknologi som bidrar til en enklere og mer effektiv hverdag for helsepersonell. Tabell 12 oppsummerer investeringene på IKT-området slik de er lagt til grunn for tjenestepriene fra Sykehuspartner HF til helseforetakene i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

IKT-området investering Millioner kroner	F2023	F2024	B2025	ØLP25-28	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
				ØLP2026	2026	2027	2028	2029
Regionale IKT	736	685	632	540	563	563	563	563
Regionale forbedringstiltak	126	148	198	190	198	198	198	198
Reduksjon ØLP 2024-2027 og periodisering 2024				-150	-156	-156	-100	-100
Sum regional IKT	862	833	830	580	605	605	661	661
Sykehuspartner øvrige	542	492	424	412	435	435	435	485
Infrastruktur og teknologiportefølje	377	360	435	475	452	352	318	325
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	115	137	159	225	148	148	163	162
Sum Sykehuspartner HF	1 034	989	1 018	1 112	1 035	935	916	972
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	152	30	38	25	25	25	25	25
Delsum før ikke-byggnær IKT	2 048	1 852	1 886	1 717	1 665	1 565	1 602	1 658
Ikke-byggnær IKT	215	349	516	332	276	479	445	501
Interregionale samfinansierte prosjekter			15					
Sum IKT-investeringer	2 263	2 201	2 402	2 049	1 941	2 044	2 047	2 159

Tabell 12 Investeringer i IKT-området

Det er tatt hensyn til nedjustering av investeringsnivået på IKT-området med 200 millioner kroner årlig fra og med 2025, i tråd med økonomisk langtidsplan 2024-2027. Dette lå også til grunn i økonomisk langtidsplan 2025-2028. Det er forutsatt at dette skal gjelde til og med 2033. Årlig totalt investeringsnivå til IKT foruten ikke-byggnær IKT vil i økonomisk langtidsplan 2026-2029 utgjøre mellom 1,5 og 1,7 milliarder kroner.

Innenfor den samlede rammen til IKT investeringer vil det være behov for å se nærmere på fordelingen mellom investeringer i IKT infrastruktur og IKT løsninger for brukere slik at kjernevirkomheten kan understøttes på best mulig måte.

Helseforetakene må i sin planlegging ta høyde for gjennomføring av lokale mottaksprosjekter som følger av de regionale initiativene.

2.13. Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF leverer ikke-medisinske fellestjenester for helseforetakene, herunder IKT-tjenester og lønn- og personaladministrative tjenester. I tillegg har Sykehuspartner HF ansvaret for IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst og den regionale IKT prosjektporteføljen. Tjenestene omfatter drift og forvaltning av systemløsningene samt sikker, stabil og effektiv drift. Følgende hovedprioriteringer gjelder for Sykehuspartner HF's virksomhet i 2025:

1. Bidra til å realisere regional delstrategi for teknologiområdet.
2. Forbedre egen leveranseevne for i større grad å imøtekomme helseforetakenes behov.
3. Realisere stordriftsfordeler og bedre kostnadseffektivitet.
4. Videreutvikle regional porteføljestyring og utføre regional arkitekturstyring i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
5. Understøtte spesialisthelsetjenestens bidrag til samfunnssikkerhet og være forberedt på kriser.

Sykehuspartner HF skal kontinuerlig identifisere områder for effektivisering av egen virksomhet inklusive forvaltningen for å frigjøre kapasitet. Dette må forsterkes i tiden som kommer.

2.13.1. Utarbeidelse av tjenestepris

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak gjennom tjenesteprising. Tjenesteprismodellen skal understøtte Sykehuspartner HF sin rolle som felles tjenesteleverandør og gi insentiver for standardisering, sanering og raskere innføring av regionale løsninger. Sykehuspartner HF skal sørge for tilstrekkelig transparens og sporbarhet i et underliggende tjenesteregnskap.

Eventuelle endringer i tjenesteprismodellen skal skje etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. I 2025 har inntektsfordelingsnøkkel erstattet tidligere basisfordelingsnøkkel i sin helhet ved prising av infrastruktur.

Tjenesteprisene for perioden ligger over forrige økonomisk langtidsplan selv når denne er pris- og lønnsjustert. For å levere på krav må Sykehuspartner HF prioritere leveranser i samarbeid med eier og helseforetakene, og arbeidet med standardisering og sanering må videreføres og forsterkes. Tjenesteprisen er økende utover planperioden, hovedsakelig fordi nye løsninger blir innført for å dekke behovene i foretaksgruppen. Behovet for nye og forbedrede digitale løsninger i helseforetakene er økende, og skal understøtte gevinstuttak og omstilling. Samtidig stilles det økte krav til informasjonssikkerhet i alle ledd, basert på trusselbildet i omgivelsene. Dette medfører blant annet volumøkning innen drift og lagring samt et økende behov for forvaltning av tjenester og gjennomføring av oppgraderinger.

Hovedutfordringen i budsjett 2025 og i økonomisk langtidsplan er de økte kostnadene til lisenser, service og avtalekostnader. Arbeidet med standardisering og sanering må forsterkes.

Sammenlignet med budsjett 2025 øker avskrivninger fra og med 2026. Dette betyr at løsninger tas i bruk, hvilket understøtter gevinstuttak ved helseforetakene. Veksten er

knyttet til følgende porteføljer: Infrastruktur og teknologiportefølje, IKT systemer overført fra regional IKT og ikke-byggner IKT i nye sykehusbygg.

Tabell 13 viser utviklingen i tjenesteprisnivå i form av driftsinntekter til Sykehuspartner HF og endringer fra forrige økonomiske langtidsplan og budsjett 2025.

Driftsinntekter (tjenestepreis) ekskl. konsulentinntekter, periferi og basisramme (2025-kroner)	ØLP2025(i)	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
	B2025	2026	2027	2028	2029
ØLP 2025-2028 (i)	5 485	5 895	6 102	6 466	
ØLP 2026-2029	5 688	6 141	6 381	6 643	6 731
Økning sammenlignet med ØLP 2025-2028 (i)	203	246	279	177	1A
Økning i prosent ift. ØLP 2025-2028 (i)	3,7 %	4,2 %	4,6 %	2,7 %	
Økning per år sammenlignet med B2025 (MNOK)		453	693	955	1 043
Økning i prosent ift. B2025 per år		8,0 %	12,2 %	16,8 %	18,3 %

Tabell 13 Utvikling i tjenestepreiser (millioner 2025 kroner, (i)=indeksregulert til 2025-kroner)

Sykehuspartner HF har basert sine tjenestepreisestimater på et omfang av lokale IKT-investeringer på mellom 148 og 163 millioner kroner, se tabell 12. Dette nivået er lavere enn forrige økonomiske langtidsplan som la opp til et nivå mellom 215 og 370 millioner kroner. Lokale IKT-investeringer finansieres av helseforetakene ved at det ytes lån til Sykehuspartner HF. Gjennomføring av lokale initiativ må også tilpasses tilgjengelige ressurser i Sykehuspartner HF.

2.14. Sykehusapotekene HF

Sykehusapotekene HF er forutsatt å være et selvfinansierende foretak i Helse Sør-Øst, og dette legges også til grunn framover. De siste årene har pensjonspremier og lønns- og prisvekst vært vesentlig høyere enn det som er forutsatt i arbeids- og tjenestepreisene for Sykehusapotekene HF i dagens avtaler. Videre har behovet for utskiftning av ERP- og apoteksystem medført en stor økning i driftskostnadene til Sykehusapotekene HF. Kostnadsnivået på ERP- og apoteksystem årlig forventes å øke fra rundt fem millioner kroner til i størrelsesorden 75-100 millioner kroner.

Deler av kostnadene har allerede påløpt fra 2023 og 2024, men 2025 forventes å bli det første år med helårseffekt. Dette er en del av forklaringen til at Sykehusapotekene HF både i 2023 og 2024 har hatt negative resultater og en krevende likviditetssituasjon.

Følgende planforutsetninger foreslås å gjelde for Sykehusapotekene HF for økonomisk langtidsplan 2026-2029:

- Vare- og tjenestesalg til helseforetakene og de private ideelle sykehusene, herunder medikamenter, tjenester og produksjon, skal være kostnadsdekkende.
- Sykehusapotekene HF inngår i den regionale ordningen for håndtering av pensjonskostnader innad i budsjettåret. Ved endrede pensjonskostnader fra ett år til neste, skal dette innarbeides i vare- og tjenestepreisene.
- Dersom faktisk resultat fra vare- og tjenestesalg knyttet til sykehusleveranser avviker fra budsjett, skal dette som hovedregel avregnes ved årsslutt.
- Avvik mot budsjett fra den kommersielle delen av virksomheten avregnes ikke.

- Dersom pensjonspremien er høyere/lavere enn pensjonskostnaden, øker/redueres Sykehusapotekene HF driftskreditt gjennom foretaksgruppens konsernkonto-ordning. Rentene på driftskreditt skal inngå i prising av varer og tjenester.
- Sykehusapotekene HF inngår ikke i den regionale lånemodellen, og beholder all likviditet ved et resultat i henhold til budsjett. Det betyr at avdrag må betjenes innenfor egen likviditet, og at helseforetaket skal kunne reanskaffe etablert kapitalbase.
- Ved større nødvendige investeringer kan Sykehusapotekene HF søke Helse Sør-Øst RHF om rentebærende lån. Helseforetaket må påregne krav til egenfinansiering enten fra sparing (positive resultater fra kommersiell drift) eller fra fri likviditet ved resultat i balanse.
- Investeringer skal utredes i henhold til regionale retningslinjer, herunder gevinster og driftsøkonomiske konsekvenser.
- Planlagte investeringer og konsekvenser skal framgå av foretakets innspill til økonomisk langtidsplan.
- Dagens modell for gevinstfordeling hvor 0,85% tilfaller Sykehusapotekene HF videreføres. Endret andel skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

3 Administrerende direktørs anbefaling

Formålet med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan er å gi helseforetakene og sykehusene en forutsigbarhet i egne planprosesser for sentrale elementer som behovet for aktivitetsvekst, faglig prioriteringer og forventet inntektsutvikling blant annet som følge av oppdatering av inntektsmodellen.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre strategien uttrykt i *Regional utviklingsplan 2040*, som styret ga sin tilslutning til i styresak 134-2022. Satsningsområdene i regional utviklingsplan er førende for økonomisk langtidsplan. Stortinget behandlet i Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste* våren 2024. Denne sammenfaller godt med innretningen på den regionale utviklingsplanen. Økonomisk langtidsplan gir et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i foretaksgruppen i et lengre perspektiv.

Regjeringen har gjennom Ventetidsløftet stilt krav om markant nedgang i gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp i 2025. Administrerende direktør legger til grunn at helseforetakene viderefører arbeidet med dette i planperioden, og at målsettingen om ventetider under 50 dager i somatikk, under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling nås i planperioden. Rask tilgang til helsetjenester skal skje samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres.

Målsettingen om reduserte ventetider gjør det nødvendig å øke aktivitetsnivået utover den demografisk betingede aktivitetsveksten. Befolkningen i Helse Sør-Øst ventes å øke med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, og andelen eldre vil øke. Behovet for spesialisthelsetjenester endres også på grunn av utviklingen av sykdomsbilde i

befolkningen, bl.a. knyttet til demografisk utvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

Regjeringens mål om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2026-2029. Administrerende direktør legger til grunn at samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen ikke skal reduseres. I tråd med *Oppdragsdokument 2025* skal kostnadene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling øke minst med den demografiske veksten i planperioden.

Administrerende direktør legger til grunn at rask tilgang til helsetjenester skal skje samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres. Dette inkluderer arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester ved bruk av tilgjengelige data inklusive fra kvalitetsregistre og helseatlas og videre utvikling av den regionale data- og analyseplattform RDAP med tilhørende dashboards. Helseforetakene skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier.

For å kunne nå målene om aktivitetsvekst og reduserte ventetider må helseforetakene fortsette arbeidet med de seks prioriterte satsingsområdene i Regionale utviklingsplan 2040. Administrerende direktør mener helseforetakene og sykehusene må planlegge for at aktivitetsveksten ikke kan løses gjennom tilsvarende vekst i bemanning. Helseforetakene og sykehusene må gjøre en grundig vurdering av sammenhengen mellom kostnadene til bemanning og effekter av nye bygg, nye IKT-løsninger og endret oppgavesammensetning i planperioden. Arbeidet med de tre innsatsområdene i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2023-2027* blir derfor viktig: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering. Helseforetakene og sykehusene må i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF gjennomføre analyser av framtidig bemanningsbehov, følge opp med tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og iverksette tiltak der det er mangel på personell og kompetanse. Dette inkluderer at helseforetakene og sykehusene må videreføre arbeidet med å styrke rekruttering av leger til spesialisering i psykiatri og legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Vurderinger av organisering av vaksjikt for leger må inngå i dette arbeidet.

Administrerende direktør legger til grunn at helseforetakene og sykehus forsterker innsatsen for å være en foretrukken arbeidsplass, og at bemanningsbehovet i all hovedsak blir løst gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024, og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling. Helseforetakene og sykehusene må i planperioden fortsette det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet. Administrerende direktør mener dette er sentralt for å ha tilstrekkelig bemanning og opprettholde planlagt aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

Kapasitetsutnyttelsen av avansert medisinsk-teknisk utstyr må fortsatt bedres, og helseforetakene må opprettholde sin prioritering av midler til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr slik at gjennomsnittsalderen på utstyrsparken reduseres. Kartlegging av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr må ligge til grunn for prioriteringer og anskaffelsesplaner.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse, arbeidsmiljø og sikkerhet, samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Administrerende direktør vil i tråd med vedtak i styresak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen* komme tilbake til styret i en egen sak med et opplegg for bedre styring av vedlikeholdet. Det er viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre cirka 400 kroner/kvm per år for hele bygningsmassen. For å styrke satsingen videreføres tildelingen av regionale midler til ekstraordinære investeringer i 2026. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.

For å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr er målet å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid. De siste fem årene er dette målet oppnådd i 2020 og 2024, med henholdsvis 2,9 prosent og 2,8 prosent. Budsjettprosessen for 2025 viser at det er behov for å videreføre omstillingstiltak og effektivisering i driften av helseforetakene.

Administrerende direktør forutsetter at helseforetakene budsjetterer mest mulig realistisk i sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen, herunder realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling. Helseforetakene skal legge inntektsrammene som framkommer i denne saken, til grunn for sin planlegging. Det er videre vesentlig at det dokumenteres og tallfestes hvilke tiltak som er planlagt gjennomført for at de budsjetterte resultatene kan realiseres. Administrerende direktør forutsetter at dette arbeidet skjer i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF får vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen for 2026. For å gi tid til nødvendig kostnadstilpasning tilrås derfor at det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte som trappes lineært ned over tre år. Inntektsstøtten utgjør totalt 170 millioner kroner i 2026 og 85 millioner kroner i 2027. I tillegg trappes den ekstraordinære inntektsstøtten til Sykehuset Innlandet HF på 55 millioner kroner i 2025 ned til 25 millioner kroner i 2026. Det endelige nivået på ekstraordinær inntektsstøtte fastsettes i de årlige budsjettene.

Foretaksgruppen har betydelige investeringsplaner i og etter økonomiplanperioden, og det er nødvendig å opprettholde og videreføre resultat- og investeringsbuffer i økonomisk langtidsplan 2026–2029 for å håndtere risiko. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for regionens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.

Administrerende direktør anbefaler at styret legger til grunn at prosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning.

For å bidra til økonomisk kontroll skal helseforetakene vurdere muligheten for at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt, skyves på. Kapasitetsbehov vil være førende for styrets framtidige beslutninger om å videreføre prosjekter. Prosjekter som kan bygges ut trinnvis, skal vurderes for slik framdrift i helseforetakenes innspill til økonomisk

langtidsplan. Videre anbefaler administrerende direktør at styret ved store nybyggprosjekter påpeker viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til at det planlagte investeringsnivået for IKT i planperioden, og at styret forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå. Samtidig må helseforetakene få tid til å gradvis tilpasse seg til kostnadsnivået og til å bedre utnyttelsen av nye systemer. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering av IKT-løsninger i regionen må videreføres og forsterkes.

Administrerende direktør inviterer styret til å vedta framsatte forslag til vedtak.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen