

Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 27.11.2024

Saksnr: 81/2024

Sakstype: Orientering

Saksid: 23/05466-44

Saksbehandler: Roger Gjennestad

## **Budsjett 2025 - foreløpig behandling**

Vedlegg: ingen

### **Hensikten med saken:**

SiVs budsjettprosess for 2025 har en rekke beslutningspunkter. Prosessen startet i direktørens siste ledermøte i 2023, og avsluttes med sluttleveranse til Helse Sør-Øst RHF(HSØ) medio januar 2025. Denne saken gir status etter at forslag til statsbudsjett 2025 er lagt fram, men før statsbudsjettet er vedtatt i Stortinget. HSØ styrebehandler fordeling av rammer til sine foretak basert på forslag til statsbudsjett 21. november. HSØs oppdrag og bestilling til SiV foreligger ikke før i februar.

Ny sak om budsjett 2025 behandles i styremøtet 16. desember.

### **Forslag til vedtak:**

1. Styret tar status for SiVs budsjettprosess 2025 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør legge vurderingene i denne saken og innspill fra styret til grunn i det videre arbeidet med budsjett 2025.

Tønsberg, 21. november 2024

Øyvind Bakke  
administrerende direktør

## **Faktagrunnlag:**

### BUDSJETTPROSESS

SiV starter budsjettarbeidet ett år før det året budsjettet utarbeides for. Denne praksisen er med på å sikre at budsjettarbeid er en kontinuerlig prosess gjennom hele året i henhold til en vedtatt budsjettkalender. Det er vesentlig at plan- og budsjettprosesser kommer så tidlig i gang at det er mulig å planlegge, kvalitetssikre, risikostyre, forankre og gjennomføre endringer og tiltak fra forutsatt tidspunkt. Samtidig kan budsjettprosessen i SiV bidra til å øke helseforetakets handlingsrom og muligheter til å styre utviklingen av tjenestetilbudet.

Tidlig i budsjettprosessen legger administrerende direktør til grunn hva eiers oppdrag og bestilling for budsjettåret vil bli. Kildene er mange:

- Lov- og avtaleverk
- Nasjonal, regional og lokal utviklingsplan – både eksisterende og varslede
- Kontinuerlig av forutsetninger og rammer for inneværende år
- Varslede eller vedtatte reformer og oppgaveendringer
- Nasjonale, regionale og lokale planer, perspektivmeldingen, offentlige utredninger
- Utviklingstrekk samfunnet og særlig spesialisthelsetjenesten

Budsjettkalenderen som ble vedtatt 20. desember 2022, la som tidligere opp til at klinikkjefene og stabsdirektørene gjennom direktørens ledergruppe (DLG) i 1. kvartal det påfølgende år, melder inn og behandler forslag til nye tiltak og ønskede endringer for det påfølgende budsjettåret. DLG gjennomgår og prioriterer forslagene, og de viktigste bringes inn til direktørens ledergruppes strategi- og budsjettkonferanse i april.

Der ble forslagene prioritert og besluttet, og deretter sammenholdt med de samlede økonomiske forutsetninger som legges til grunn for det kommende budsjettåret, slik de er definert bl.a. fra HSØ. Det vil alltid være behov for å bestemme hvordan inndekning av differansen mellom estimerte budsjetttrammer og samlet kostnadsramme inklusiv nye tiltak, skal skje. Derfor fordeles et merverdikrav på hver enkelt klinikk og direktørens stab. Dette betyr at ønskede og vedtatte tiltak pr. definisjon finansieres av fellesskapet gjennom pålagte merverdikrav. Merverdikravene er dermed også en viktig faktor i arbeidet med endring og utvikling, samt effektivisering.

Ett av de tydeligst uttalte kravene til spesialisthelsetjenesten fra regjering og Storting er å bidra til å skape pasientens helsetjeneste gjennom å redusere ventetid. SiV er godt i gang med det arbeidet gjennom ventetidsløftet. Og dette vil være et område med svært høy prioritet inn i 2025. Vi må blant annet bedre oss på langtidsplanlegging, reduksjon av kontroller og jobbe videre med kloke valg slik at vi sikrer spesialisthelsetjenester til de som trenger det mest og med kortere ventetid enn i dag.

### GRUNNLAG FOR SIVS BUDSJETT 2024

Arbeidet med ØLP og budsjett baseres på forutsetninger som dels er gitt fra eier og SiV-styret gjennom strategiske planer, oppdragsdokumenter og budsjettpremisser, samt utviklingstrekk i samfunnet, medisinsk utvikling og andre utviklingstrekk i helsetjenesten. ØLP er samtidig et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere effektivisering i dagens drift for å sikre nødvendige investeringer i fremtiden. Å sikre investeringer er innenfor mange fagområder nødvendig for å bevare og rekruttere ansatte, samt å utvikle pasienttilbud.

Forslag til statsbudsjett for 2025 ble presentert 7. oktober. Det la til grunn en noe høyere aktivitetsvekst enn det som var forutsatt i ØLP, og dermed det som har vært forutsatt i SiVs budsjettarbeid. Denne økte aktiviteten innebærer at det tilføres noe mer

vekstmidler enn det som så langt i budsjettprosessen er lagt til grunn. Det redegjøres senere i saken for hvordan disse ekstra midlene er tenkt hensyntatt/innarbeidet i budsjettet i siste del av budsjettarbeidet. Med de økonomiske utfordringene som deler av sykehuset fortsatt har, slik som redegjort for i styremøtene, er det naturlig disse delene som blir styrket.

## UTVIKLING AV PASIENTTILBUDET OG AMBISJONER I 2025

### Ventetidsløftet

Ventetidsløftet er et initiativ for å redusere ventetidene ved sykehusene i landet. Regjeringen lanserte ventetidsløftet 13. mai 2024, og gjennom høsten 2024 er kravene til de regionale helseforetakene og helseforetakene om å redusere antallet på ventelister og tiden pasientene venter, tydeliggjort og skjerpet. Dette oppdraget vil kreve betydelige ressurser og samarbeidsevner i helseforetaket og med kommunehelsetjenesten også inn i 2025.

SiV benytter erfaringene fra innsatsteamarbeidet på gastromedisin som inspirasjon inn mot andre fagområder.

### Akuttklinikk

Akuttklinikk har blitt etablert med virkning fra 1. november 2024. Det er et viktig organisatorisk grep for å sikre gode og sammenhengende akutte tjenester for befolkningen i Vestfold. Den nye akuttklinikken samler de prehospitale tjenestene, akuttsenteret og anesthesi-, operasjon og intensivavdelingen. Arbeidet med akuttsenteret vil være en av de store oppgavene denne klinikken står ovenfor i 2025, ettersom det vedtatte konseptet driftes betydelig dyrere enn planlagt og med langt høyere bruk av personell. Større bruk av personell i akuttsenteret får konsekvenser for sengeposter og poliklinikk og blir således en av de viktigste tingene vi må ta tak i fremover.

### Pasientsikkerhet og kvalitet

Pasientbehandling er kjernevirksomheten i et helseforetak. Det er et overordnet mål for SiV å styrke pasientsikkerhet og kvalitet i tråd med regionale og nasjonale føringer.

Prioritering av pasientsikkerhet og kvalitet er nødvendig for å møte utfordringer som er identifisert i utviklingsplanen gjennom innflytting i nye og endrede arealer og driftsformer, eierkrav kommunisert gjennom oppdrag og bestilling/foretaksmøter, økonomiske utfordringer, samt kunnskap og erfaring fra forskning og innovasjon.

- SiVs strategi vil ta utgangspunkt i nasjonale og regionale strategier.
- SiV skal synliggjøre tiltak og resultater av satsingen på pasientsikkerhet og kvalitet.
- SiV skal legge til rette for kunnskaps- og erfaringsbasert læring.

Helseforetaket arbeider for å sikre at det er lagt til rette for god pasientbehandling og gode pasientopplevelser fra pasientenes første møter med sykehuset. Det pågår opplæring i forbedringsarbeid for LIS-ene.

### Psykisk helse og avhengighetsbehandling

Drift og utvikling innen fagområdene psykisk helse og avhengighet videreføres i 2025 utfra de føringer og utviklingstrekk som fremgår av oppdrag og omstilling fra HSØ og utviklingsplanen.

Sentrale områder de kommende år er:

- Tjenesteområder – endring- utvikling og innovasjon
- Standardisering av behandling – videreutvikle pasientforløpstankegangen
- Samhandling og samarbeid internt og med kommuner og samarbeidspartnere
- Brukermedvirkning på tjeneste- og individnivå som stimulerer til samvalg og som sikrer at erfaringskompetanse verdsettes og brukes aktivt.
- Teknologit utvikling, herunder internettveiledet behandling.

Sentralt i arbeidet med å nå målet om redusert ventetid, kontinuitet og forutsigbarhet for pasient og pårørende i behandlingsforløpet, er et avklart og tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Det gjelder særlig mellom fastlegene og helseforetaket med hensyn til forventninger på pasientens vegne, overganger mellom tjenestenivåene og hvem som følger opp hva og når.

#### Legemiddelhåndtering

Feil i håndtering av legemidler er en av de hyppigste årsakene til meldte pasientavvik, noen med potensielt alvorlige konsekvenser. Spesielt i overgangene inn i og ut av sykehuset oppstår det feil. Legemiddelhåndtering er av denne grunn utpekt til et felles innsatsområde for alle avdelinger og klinikker innenfor kvalitet og pasientsikkerhet.

SiV har inngått arbeidsavtaler med kliniske farmasøyer ved Sykehusapoteket for å støtte opp under arbeidet med legemiddelhåndtering og -samstemming. Dette samarbeidet videreføres og utvides i 2025 og tiltakene skal evalueres.

#### Pasientforløp

De siste årene er det lagt ned betydelig innsats med å forbedre og strukturere arbeidet med pasientforløp ved SiV. I 2016 etablerte helseforetaket et eget program for arbeidet med pasientforløp. Helseforetaket har blant annet definerte pasientforløp på disse områdene:

- organspesifikke pakkeforløp innen kreft
- diagnostisk pakkeforløp kreft
- pakkeforløp for hjerneslag
- flere pasientforløp etter SiV-metoden
- psykisk helse og rusbehandling (de nasjonale definerte pasientforløpene utgår i 2025)

#### Kostbare medikamenter til behandling av kreft og andre alvorlige sykdommer

Det utvikles stadig nye medikamenter til pasientgrupper som ikke har hatt tilbud tidligere, eller som erstatter etablerte kreftmedikamenter. Også utenfor kreftområdet utvikles nye legemidler, som gir håp om økt livslengde og kvalitet for pasienter der det tidligere ikke har vært reelle behandlingsalternativ. Størst vekst er det innenfor immunterapi. Dette er pasienter som har behov for behandling og oppfølging livet ut.

Denne utviklingen, kombinert med stadig tidligere og mer avansert diagnostikk og oppstart av behandling, gir utfordringer både med hensyn til økonomi, rehabiliterings-tilbud og palliativt tilbud. Dette øker behovet for tjenester både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og utfordrer samarbeidet nivåene i mellom. Antall reinnleggelses forventes å øke for disse pasientgruppene som følge av ukjente bieffekter.

#### Samhandling i Vestfold

I utviklingsplanen til SiV er samhandling tydelig vektlagt; pasientene skal oppleve sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Sammen med representanter for brukere og fastleger skal helseforetaket og kommunene planlegge og utvikle tilbudet til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.

Arbeidet i helsefelleskapet vil bli svært viktig fremover. Vi skal sikre gode sammenhengende pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i en tid med mangel på helsepersonell. Det krever god dialog og et svært tett samarbeid slik at vi lykkes i fellesskap.

#### Multisyke (eldre) pasienter – pasientene som trenger sykehuset mest

Behovet for helsetjenester er økende og i endring. SiV vil i 2025 forsterke arbeidet med å utvikle gode og sammenhengende pasientforløp for skrøpelige, multisyke eldre pasienter. Dette innebærer blant annet:

- I større grad yte spesialisthelsetjenester utenfor sykehuset. SiVs kompetanse må altså mer ut.
- Jobbe tettere og mer integrert med de kommunal helse- og sosialtjenestene (inkludert fastlegene).
- I langt større grad enn i dag bidra til å støtte opp under pasienters og pårørendes egenmestringsevne
- Øke tilgjengeligheten slik at pasienter/pårørende og kommunalt helsepersonell får hjelp, råd og oppfølging så raskt som mulig når de trenger det
- Gi klarere uttrykk for at også sykehuset har ansvar for forebyggende arbeid; spesielt for sekundær- og tertiærforebyggende

#### Kroniske sykdommer - avstandsoppfølging

Kroniske sykdommer har i de senere år vært gjenstand for økt oppmerksomhet i både helsevesenet og i samfunnet generelt. Ved kroniske lidelser er det ofte behov for en vedvarende behandlingsinnsats på tvers av forskjellige nivåer i helsevesenet. Det stilles derfor særlige krav til samordning og koordinering mellom aktører og nivåer for å sikre gode pasientforløp for disse pasientene. Samtidig vurderes det at flere av disse sykdommene er velegnet for digital hjemmeoppfølging. De teknologiske løsningene som kan understøtte behandlings- og mestringstiltak utenfor sykehus, utvides i stort tempo. Det innebærer at stadig flere pasientgrupper ikke trenger å møte opp på sykehuset. Samtidig er det for spesialisthelsetjenesten viktig å være bevisst på at pasientene er ulike; ikke alle med samme tilstander er egnet for avstandsoppfølging, men må ivaretas på mer tradisjonell måte.

#### Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er helt sentralt for å lykkes i årene fremover. Medvirkning skal skje på ulike nivåer i organisasjonen og brukerutvalget fungerer som et rådgivende organ for administrerende direktør. Brukerutvalget har også talerett i helseforetakets styre og deltar i ulike arbeidsgrupper i sykehuset, og skal involveres når foretaket utfører endringer som påvirker pasienttilbudet.

I måten helsetjenestene leveres på er brukermidvirkning helt sentralt. Det er et stort antall pasienter som ikke er organisert i brukerorganisasjoner. Derfor bidrar forståelsen av at det i mange tilfeller er pasienten selv som er den viktigste forandringsfaktoren i pasientens liv, til en vesentlig endring i maktforholdet mellom «systemet» og den enkelte

pasient. Pasientene vil i stadig større grad gjøre gjeldende egne valgmuligheter, for eksempel mellom lokalt – regionalt - nasjonalt - internasjonalt, privat – offentlig, egenfinansiert – offentlig finansiert og kunnskapsbasert – eksperimentell – alternativ.

#### Kloke valg

Diagnostisk teknologi som er stadig mer avansert finner i økende grad funn hos pasienten som kan bli gjenstand for ytterligere utredning og kanskje behandling. Denne diagnostiske utviklingen, kombinert med en aldrende befolkning som lever lengre med ulike tilstander som skal følges opp av spesialisthelsetjenesten livet ut, utfordrer SiVs kapasitet og ressurser. Oppdraget om å optimalisere helsegevinsten i befolkningen gitt de ressurser samfunnet stiller til rådighet, krever at foretaket jobber frem psykologisk og faglig trygghet som akseptere og fremmer vår evne til å ta kloke valg.

#### FORSKNING OG INNOVASJON

Forskning er en av sykehusets fire lovpålagte kjerneoppgaver, og blir stadig viktigere for å kunne opprettholde et høyt faglig nivå og økt sikkerhet i pasientbehandlingen. Et godt forskningsmiljø gir en kontinuerlig fag- og kompetanseutvikling og bidrar til å rekruttere dyktige fagpersoner til sykehuset.

Ved SiV foregår det forskning og innovasjonsaktivitet i alle klinikkene som driver med diagnostikk og pasientbehandling. Sykehuset vedtok en ny forsknings- og innovasjonsstrategi i 2023, for perioden 2024-2027.

Forsknings- og innovasjonsaktivitet ved SiV viser gode resultater på nasjonale målinger. Forskere publiserer i internasjonalt anerkjente tidsskrift, og det er stor grad av internasjonalt samarbeid. For å møte bestilling fra eier er det særlig satsing på kliniske behandlingsstudier.

Sykehuset har også høy innovasjonsaktivitet, hvor en stor andel av prosjektene er tildelt ekstern finansiering. De pågående innovasjonsprosjektene skal bidra til å realisere strategiske satsningsområder, og flere prosjekter fokuserer på sårbare grupper som barn og unge, skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, og personer med psykisk lidelse og avhengighet.

Sykehuset arbeider målbevisst for å understøtte den nasjonale satsningen på kliniske behandlingsstudier. SiV etablerte i 2023 infrastruktur som understøtter både oppstart, gjennomføring og avslutning av kliniske behandlingsstudier i en «forskningspost» med egnede lokaler og kompetent personell. Forskere ved SiV er i økende grad involvert i å starte opp omfattende kliniske behandlingsstudier med hele Norden som rekrutteringsområde for pasienter. Dette er i tråd med de politiske føringene.

Et annet sentralt moment i forsknings- og innovasjonsstrategien ved SiV, er økt bruk av biobanker og registre. Bredt samtykket og tilhørende forskningsbiobank er godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og etableringen av dette vil være et viktig arbeid i tiden fremover. Formålet er å sikre høy kvalitet og kvantitet på kreftforskning ved SiV.

Stadig flere prosjekter er i skjæringspunktet (ny) teknologi, forskning og innovasjon. Det vil være en økt satsning på FoI-partnerskap og økt samarbeid med industri, kommune, og universiteter og høyskoler både innen tjenesteinnovasjon og forskningsdrevet innovasjon den kommende tiden.

For å møte både brukernes behov og samfunnets behov for økt verdiskapning, har foretaket en ambisjon om fortsatt å øke den strategiske satsningen på innovasjon i SiV i årene som kommer. Denne ambisjonen må ses opp mot øvrige prioriteringer.

Brukermedvirkning er sentral i innovasjonsprosjektene, og SiV fortsetter arbeidet med utvikling, utprøving og nyttevurdering av digitale løsninger for hjemmeoppfølging og tjenesteinnovasjonsprosjekter knyttet til sykehusets satsnings- og utfordringsområder.

## ØKONOMISK BÆREKRAFT

### Generelt

De fire regionale helseforetakene (RHF) finansieres gjennom statsbudsjettet, og hvert RHF har ansvar for å fordele midler i sin region. Stortinget tildeler midler til drift og investeringer samlet, og det er opp til det regionale helseforetak å sikre en bærekraftig økonomi gjennom en riktig fordeling mellom drifts- og investeringsmidler over tid. Til byggeprosjekter over 500 mill kr kan det regionale helseforetaket søke om lån som skal nedbetales i byggets gjennomsnittlige levetid.

I utgangspunktet er det for spesialisthelsetjenesten som for alle andre; likviditet tilsvarende avskrivningskostnaden kan benyttes til investeringer. Skal man investere mer, må man skape den likviditeten gjennom overskudd i driften. Litt forenklet kan man si at det er ingen annen grunn til at helseforetak går med overskudd enn å skaffe likviditet til investeringer. Det ligger i forutsetningene for tildelingen av midlene over tid skal benyttes i sin helhet til enten drift eller til investeringer – for å levere på de krav helseforetakene får gjennom det årlige oppdrag- og bestillingsdokumentet.

Etter at Stortinget i mange år har lagt til grunn en finansiering av veksten i spesialisthelsetjenesten på 80% av den gjennomsnittlig kostnaden, er det i 2025 lagt til grunn 100%. Denne endringen har vært etterspurt i mange år. En marginaltilnærmingen kan fungere godt over en kortere periode, men når dette prinsippet brukes over flere år, får foretakene manglende finansiering av trappevise kostnader, f.eks. som det å ta i bruk et større og mer kostbart areal.

HSØ finansierer driften i sine helseforetak prinsipielt slik Stortinget finansierer de fire regionale helseforetakene. Det er en fast del som er avhengig av befolkningstallet og utvalgte demografiske egenskaper ved befolkningen, og det er en variabel del som er avhengig av antall pasienter og hvilken type pasienter helseforetakene til enhver tid behandler. For somatiske pasienter finansieres en høyere variabel andel av gjennomsnittskostnaden med variabel inntekt, enn for pasienter innenfor psykiatri og rus. I forslag til statsbudsjett 2025 er den variable andelen for somatiske pasienter redusert fra 40% i 2024 til 30% i 2025. Den faste delen er økt tilsvarende. For psykiatri og rus er det samme andel variabel inntekt som tidligere – anslaget er at denne andelen utgjør ca. 25%.

HSØ har for 2025 innført en revidert modell for fordeling av ramme mellom foretakene. Den bygger i stor grad på den nasjonale modellen. Den gir SiV noe mindre inntekter enn den gamle modellen, særlig knyttet til de prehospitaltjenestene. Endringen ble kjent i slutten av 2023 og har fra begynnelsen av budsjettprosessen vært inkludert i den økonomiske utfordringen for 2025.

HSØ gjør flere unntak fra sin generelle økonomimodell. Det største unntaket fra denne fordelingsmodellen er finansieringen av Oslo universitetssykehus (OUS). HSØ har utviklet en egen modell for finansieringen av OUS på bakgrunn av at standard finansieringsmodell ikke hensyntar de økonomiske utfordringene som følger av den

oppgavedelingen som er mellom OUS og øvrige foretakene i HSØ, og også mellom OUS og de tre øvrige RHF-ene.

For investeringene har HSØ valgt en modell der HSØ holder tilbake deler av likviditeten knyttet til avskrivningskostnaden fra helseforetakene for å finansiere investeringer i det som betegnes som fellesprosjekter. Det er to grupper fellesprosjekter: Store byggeprosjekter og felles IKT-løsninger. Det er en løpende vurdering av hvilke bygg og IKT-satsinger som hører inn under disse gruppene. Det er som hovedregel byggeprosjekter større enn 500 mill kr som blir fellesprosjekter. Tønsbergprosjektet (TP) er et slikt prosjekt. Det at HSØ holder tilbake likviditet betyr i praksis at alle helseforetakene i HSØ må gå med overskudd for å skaffe tilstrekkelig likviditet til deler av sine egne investeringer og til prioriterte felles investeringer for at foretaket og foretaksgruppen opprettholder en bærekraftig økonomisk utvikling over tid.

I hovedsak er det to måter å øke likviditeten for det regionale helseforetaket. Det ene er å dele ut mindre midler til foretakene for å øke overskuddet i selve driften av det regionale foretaket. Det ligger til grunn for tildelingen til foretakene at HSØ også dette året holder tilbake 50 mill kr av de vekstmidlene som ligger i forslag til statsbudsjett 2025. Det er i tråd med ØLP. Det andre er å holde tilbake en høyere andel av likviditeten knyttet til foretakenes avskrivningskostnad. Denne delen har vært stabil de siste årene.

#### Status økonomisk bærekraft i SiV

Etter direktørens vurdering har SiV i mer enn ti år hatt en bærekraftig økonomi, og gjort sunne vurderinger av fordeling av midler mellom drift og investeringer. SiV har fram til og med 2022 nådd budsjetterte resultat (med et relativt lite unntak i 2018) og gjennom dette lagt til rette for bærekraftige investeringsnivå. Da den ekstraordinære pandemifinansieringen ble stoppet i 2022 tilsa det at foretakene måtte avvikle de økte kostnadene som var innarbeidet i pandemiperioden. SiV har ikke lyktes med å redusere antall årsverk i etterkant av det. Tvert imot har antall årsverk økt. Først nå i annet halvår i 2024 ser det ut som veksten har stoppet opp. Denne utviklingen medførte at foretaket fikk et underskudd i 2023 på 121 mill kr, noe som reduserte tilgjengelig investeringsmidler til et kritisk lavt nivå.

SiV arbeidet over år med en langsiktig plan for å håndtere økte avskrivnings- og rentekostnader som følge av Tønsbergprosjektet. Disse kostnadene økte da psykiatribygget ble tatt i bruk, men hovedtyngden kom i slutten av 2021 og fikk helårseffekt i 2022. Tønsbergprosjektet som byggeprosjekt er avsluttet, «nære kontorer» er tatt i bruk og parken utenfor er ferdig. De økte rente- og avskrivningskostnadene ble innarbeidet i budsjettene fra 2019 og ble fullført i 2022-budsjettet. Det budsjetterte resultatet i 2018 på 120 mill kr har etter planen blitt redusert til et budsjettert resultat i 2024 på 20 mill kr.

Klinikkene hadde lavere budsjettutfordring i 2021-2024 enn tidligere år, da det i disse årene ikke har blitt lagt inn ytterligere resultatforbedring slik det ble gjort de fem foregående årene. Det var planlagt slik fra oppstarten av Tønsbergprosjektet, da det ville være utfordrende å arbeide med omfattende merverditiltak samtidig som det tas i bruk nye arealer. Betydelige merverdikrav i denne perioden ville økt risikoen for negative budsjettavvik. Til tross for dette har foretaket fortsatt store utfordringer med å holde driften i det nye somatikkbygget innenfor budsjett.

En ytterligere grunn til den økonomisk utfordrende situasjonen i 2023 og 2024 er konsekvensene av pandemien. SiV opplever som mange andre sykehus at det er tosifret prosent flere årsverk etter pandemien enn det var før. Likevel har ventetider og fristbrudd økt fram til og med første halvår av 2024. Pasienttilstrømmingen har økt innenfor enkelte fagområder. Om det er direkte knyttet til pandemien eller om det er et



resultat av den demografiske utvikling, er foreløpig et ubesvart spørsmål. Trolig er svaret ulikt fra fagområde til fagområde.

En annen utfordring er det økte sykefraværet. I en organisasjon som må være åpen døgnet rundt, hele året, bidrar økt sykefravær til høyere kostnader. Legger man til den høye lønns- og prisveksten blir summen av dette at kostnadene har økt mer enn bevilgningen har økt, til tross for ekstraordinære midler i revidert nasjonalbudsjett 2024.

#### Budsjett 2025 sett i lys av resultat, investeringer og bærekraft

Som fortløpende redegjort for i styremøtene har SiV utfordringer med å få kontroll på økonomien i deler av sykehuset. Med hjelp av tildelingen av ekstra midler gjennom revidert nasjonalbudsjett i mai 2024, kan det se ut som foretaket likevel når det budsjetterte resultatet på 20 mill kr. Det må imidlertid ses i sammenheng med at det i budsjettet for 2024 ble lagt en større buffer enn vanlig ettersom det kom mer midler i statsbudsjettet for 2024 enn forutsatt i fjorårets ØLP. Denne bufferen er i budsjettarbeidet for 2025 brukt til å dekke inn kostnadsøkninger for å unngå at klinikkene fikk merverdikrav i sitt budsjettarbeid for 2025.

Denne tilnærmingen skulle gi klinikkene mulighet til å arbeide med sin egen budsjettbalanse inn mot 2025. De delene av sykehuset som var i balanse ved inngangen til året, har hatt en positiv utvikling ut over i 2024 og ligger an til å ha en god inngangsfart i 2025. De delene av sykehuset som gikk inn i året i ubalanse har så langt kun hatt marginal forbedring. Det er tegn som tyder på at disse nå også er i bedring, noe som er helt nødvendig for at sykehuset skal oppnå sitt budsjetterte overskudd/sparing til investeringer i 2025. Realiteten er derfor at deler av sykehuset har en underliggende drift som gjør at den totale inngangsfarten inn i 2025 ikke tilsvarer budsjettbalanse. I styremøtene er det på disse områdene redegjort for endring i prioriteringer, endrede turnuser, strammere styring av variabel lønn og omdisponering av personell for å øke poliklinisk aktivitet.

I ØLP 2025-2028 ble resultatet i budsjett 2025 satt til et overskudd/sparing til investeringer på 50 mill kr, som er 30 mill kr høyere enn budsjett for inneværende år. Det samme nivået ble naturlig nok også lagt til grunn i budsjettforutsetningene. I dialogen med HSØ i etterkant av oversendingen til HSØ og før styrebehandling av ØLP i HSØ, ble det enighet om å øke overskudd/sparing til investeringer til 70 mill kr, dette for i det hele tatt å kunne ha minimum av et investeringsbudsjett.

Etter denne enigheten kom revidert nasjonalbudsjett med tildeling av både ekstraordinære engangsmidler til Ventetidsløftet og varige styrking av sykehusbudsjettene. For SiV sin del dekker de varige midlene (52 mill kr) akkurat opp for høyere lønns- og prisvekst enn forutsatt i statsbudsjett for 2024 (32 mill kr), og det økte resultatkravet foretaket fikk etter at budsjettforutsetningene var lagt (20 mill kr).

Forslag til statsbudsjett for 2025 inneholder noe mer midler enn det som har ligget til grunn for budsjettprosessen. Sammen med noe omdisponering fra de klinikkene med positivt budsjettavvik i år, og disponering av den ekstraordinære bufferen i budsjett 2024, gjør det at økonomien i det som fram til 31. oktober var klinikkene medisin og kirurgi styrkes med 64 mill kr inn i 2025. Styrkingen må ses i sammenheng med at det estimeres et budsjettavvik på drøye 200 mill kr for denne delen av sykehuset.

Det vil bli redegjort for nærmere for investeringsbudsjettet i budsjettsaken i styremøte 16. desember. Beslutningen om at HSØ stiller regionale investeringsmidler til rådighet for anskaffelse av PETCT har bedret situasjonen knyttet til investeringer noe.

Det legges i utgangspunktet opp til en buffer hos administrerende direktør på 50 mill kr. Bufferen må ses i sammenheng med risikoen for negative budsjettavvik i deler av driften. Men ambisjonen er som alltid at deler av bufferen ender opp som positivt budsjettavvik, noe som innebærer økte investeringsmuligheter.

Disse vurderingene bygger på at HSØ opprettholder den budsjetttrammen for 2025 foretaket fikk oversendt 1. november.

### RISIKOVURDERINGER OG RISIKOSTYRING

I budsjettet er det, etter innspill fra HSØ, lagt statsbudsjettets deflatorer til grunn. Hvis det i 2025 blir avvik fra forutsetningene i statsbudsjett for 2025, skaper det en ekstra økonomisk utfordring. I grunnlaget for revidert nasjonalbudsjett er det ikke sagt at tildelingen av midlene er gjort på bakgrunn av deflatoren i statsbudsjettet for 2024 nå viser seg å være for lav. Avvik på noen tidels prosenter utgjør mange millioner for foretaket. Så lenge inflasjonen fortsatt ikke er under kontroll og lønnsoppgjørene forventes å være høye, er denne deflator-risikoen høyere enn den tradisjonelt har vært.

SiV har fremdeles utfordringer knyttet til driften i nye lokaler og etablering av nye driftskonsepter. Bemanning utover det som var forutsatt ved innflytting på sengeposter og i akutt-senteret (inkl. de som bidrar i akutt-senteret, men som er ansatt andre seksjoner) utgjør brorparten av budsjettavviket i disse klinikkene. Det arbeides som gjøres her må ende opp i driftskonsepter som krever mindre ressurser enn det dagens konsepter gjør, for at sykehuset skal oppnå budsjettbalanse i 2025. Størrelsen på disse avvikene må også ses i sammenheng med økningen i sykefraværet.

I tillegg til disse spesifikke risikoområdene kommer spesialisthelsetjenestens generelle risiko:

- Generelt er det en risiko knyttet til den økonomiske utviklingen i Norge og hvilken prioritering Stortinget gir helse i statsbudsjettet i årene framover. Den demografisk utviklingen i Norge tilsier at spesialisthelsetjenesten skal løse stadig flere oppgaver uten at tilgangen på kompetanse ser ut til øke. Dette forårsakes delvis av alderssammensetningen i befolkning, men også delvis av økte muligheter for behandling. Utfordringene må møtes med både prioriteringer, redusere overbehandling og uønsket variasjon, endring og forenkling av alt som ikke skaper pasientverdi, utvikling av bedre og betydelig mer effektive arbeidsprosesser og dermed bedre flyt- og kostnadseffektivitet i spesialisthelsetjenesten.
- Sykefravær er kostbart for SiV. I mange tilfeller må sykefravær erstattes i forholdet 1:1. Sykefraværet i SiV har økt de siste årene og SiV har gått fra være blant de sykehus med lavest til å være blant foretaket med høyest sykefravær i HSØ. Også sykefravær blant leger er økende, og her er lønnsnivået over det som sykehuset får refundert (etter arbeidsgiverperioden).
- Det er en kontinuerlig strøm av nye legemidler som gir pasientene et bedre og lengre liv. Dette er ofte kostbare legemidler som det bare delvis følger finansiering med. Det er en komplisert økonomisk sammenheng i forhold til endring av behandlingsmetode og at pasientene lever lenger, slik at det er utfordrende å tallfeste kostnadsveksten. Den økonomiske risikoen ved denne utviklingen vurderes til å være betydelig. Det er utfordrende at det ikke følger budsjettmidler med beslutningene i «Beslutningsforum for nye metoder».

- Økonomisk risiko ved at spesialisthelsetjenesten inntektsmodeller ikke er nøytral i forhold til ønsket utvikling i pasientbehandlingen, som f.eks. overgang døgn/dag, endring i den akuttmedisinske kjede, bruk av mer IKT-baserte behandlingsmetoder og tettere samarbeid med kommunene. Det er usikkerhet knyttet til de variable inntektene inntil effektene av endringene i ISF-grouperen kan beregnes en gang inn i det nye året. Risikoen målt i kroner er noe mindre enn i 2024, da den variable andelen av somatisk inntekt reduseres fra 40% til 30%.
- Det fortsatt en krevende kostnadsutvikling innenfor teknologi, og særlig IKT som følge av at SiV tar i bruk nye systemer. Men også som følge av økt tjenestepreis fra Sykehuspartner HF generelt og for å forbedre infrastrukturen i hele foretaksgruppen.
- Pensjon er en gjenganger når det gjelder økonomisk risiko. Dette har så langt blitt håndtert med nøytrale effekter på landsbasis i statsbudsjettet, men ved store endringer kan det likevel få konsekvenser på HF-nivå grunnet ulike fordelingsmekanismer på inntekts- og kostnadssiden. Det vil skje en stor endring når den nye AFP-ordningen i offentlig tjenstepensjon besluttet. Det er forutsatt i budsjettarbeidet at eventuelle endringer i pensjon blir resultatnøytrale for SiV.