

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.5.2018

Sak nr: 031/2018

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Øk. dir. Roger Gjennestad og øvrige stabsdirektører

Økonomisk Langtidsplan 2019-2022, inkl. status Budsjett 2019

Hensikten med saken:

Utarbeidelse av Økonomisk langtidsplan (ØLP) inngår i den årlige budsjettprosessen i Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Det langsiktige tidsperspektivet er fram mot 2035/40, men det utarbeides en mer detaljert fire-årsplan der kommende budsjettår er første år i ØLP. HSØ legger klare forutsetninger for denne planen i sin styresak 022-2018.

I denne saken gis styret orientering om hvilke forutsetninger som ligger til grunn fra HSØ, og hvilke forutsetninger foretaket velger å legge til grunn for arbeidet med budsjett 2019 og for årene i langtidsplanperioden.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar ØLP 2019 – 2022 slik den er oversendt Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber administrerende direktør legge saken til grunn i det videre arbeidet med Budsjett 2019.

Tønsberg, 18.5.2018

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Fakta grunnlag:

Innledning

Budsjettarbeidet og arbeidet med ØLP baseres på forutsetninger som dels er gitt fra eier og SiV-styret gjennom strategiske planer, oppdragsdokumenter og budsjettpremisser, samt utviklingstrekk i samfunnet, medisinen og helsetjenesten. Samtidig er ØLP et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens drift for å sikre nødvendige investeringer i fremtiden. Det søkes å skape forutsigbarhet, selv om spesialisthelsetjenesten, som andre samfunnsområder, er preget av omskiftelighet.

SiV har i snart ti år begynt budsjettarbeidet ett år før det året budsjettet utarbeides for. Denne praksisen har vært 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 bidrar budsjettprosessen i SiV til å øke helseforetakets handlingsrom og muligheter til å styre utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet. Arbeidet med ØLP og budsjett har derfor kjente forutsetninger, men bygger også på mer usikre forutsetninger og analyser.

Tidlig i budsjettprosessen avklares det så langt som mulig hva eiers oppdrag og bestilling for budsjettåret blir. I tillegg legger administrerende direktør til grunn hvilke utviklingstrekk spesialisthelsetjenesten ser ut til å stå overfor i lengre perspektiv, både i 10- og 20-årsperspektiv og i den fireårige økonomiplan-perioden. I oppstarten av budsjettprosessen tar direktøren også initiativ til ulike prosesser for generelle forbedringstiltak og for tiltak som involverer flere klinikker. Dette gjelder både i forhold til drift og til investeringer. På denne måten søkes det å skape sammenheng mellom det kommende års budsjettarbeid og det langsiktige strategiske arbeidet.

I SiV har budsjettarbeidet for 2019 pågått i snart et halvt år. Direktørens årlige strategi- og budsjettkonferanse ble avholdt i siste halvdel av mars. På dette årlige møte konkluderer direktøren størrelsen på kommende års merverdikrav (omstillingsbehov), og fordeler merverdikravet mellom klinikkene og direktørens stab. Klinikkene arbeider deretter i henhold til vedtatt tidsplan med merverdikravene. Direktøren legger til grunn bred ansvarliggjøring av ledere på alle nivåer. Det forutsettes fra direktøren at medarbeiderne involveres i løsningen av budsjettutfordringene og endringsbehovene, herunder også tillitsvalgte og vernetjeneste. Involvering av alle nivåer i organisasjonen skjer fra april til september.

Generelle utviklingstrekk

Den faste delen av SiVs inntekter er avhengig av utviklingen av Vestfolds befolkning sammen med utvikling i befolkningen i HSØ sitt sørge-for området. Generelt er den utviklingen slik at SiV får noe lavere inntekter år for år i hovedsak fordi befolkningen vokser noe mindre enn gjennomsnittet i HSØ-området.

De faste inntektene er også avhengig av enkelt andre avregninger. Disse gir SiV marginalt mer midler i 2019 enn i 2018. Det betyr at SiV kommer noe gunstigere ut i 2019 enn i det som forventes årene framover.

HSØ har gjennomført et arbeide for å vurdere om deler av de økonomiske modellene som fordeler midler til HF-ene, skal endres. I grunnlaget for ØLP er det ikke gjort slike endringer, men det er mulig at HSØ vil gjøre endringer når de endelige rammene for 2019 besluttet etter at statsbudsjettet er lagt fram i høst. I så fall kan SiVs faste inntekter komme til å ligge noe høyere enn det som forutsettes i ØLP.

I tillegg til de mer generelle utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten som beskrives nedenfor, påvirker Tønsbergprosjektet (TP) SiVs utvikling i årene framover. Foreløpig er det de økonomiske konsekvensene og driftsorganisasjonens bidrag inn i arkitektene arbeid med de fysiske løsningene, som har vært i fokus. Arbeidet med nye organisatoriske løsninger og endrede behandlingsforløp starter nå opp, og sammen skal det gi et godt grunnlag for å videreutvikle pasienttilbudet til det beste for Vestfolds befolkning.

Prosjektets gir momentum for å kunne ta i bruk ny teknologi både for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet, og for å effektivisere driften av sykehuset. SiV har utviklet en teknologistrategi som det arbeides videre med for å innføre nye løsninger som skal bidra til å videreutvikle sykehuset. Digitaliseringen gir store muligheter, men utfordrer etablert kunnskap og organisering av arbeidet, arbeidsdeling og maktfordeling.

Med den økonomiske modellen som Stortinget og HSØ bruker, er det økonomisk utfordrende å ta bruk nybygde arealer. Derfor har SiV i flere år gradvis økt overskuddet. Driften er tilpasset høyere rente- og avskrivningskostnader, som kommer når de nye byggene tas i bruk. Det kreves derfor ekstra sterk økonomisk styring når både bygg og teknologi gir mulighet til å videreutvikle og forbedre pasienttilbudet. En slik utvikling må skje innenfor foretakets økonomiske rammer samtidig som foretaket evner å gripe de muligheter som denne unike situasjonen gir.

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene i planperioden preges av:

- At antall pasienter med kroniske og sammensatte tilstander øker i alle aldersgrupper, bl.a. ved at flere lever lengre med hjertesykdommer, lungesykdommer, kreftsykdommer, diabetes, sykkelig overvekt og muskel- og skjelettplager.
- Fortsatt økning av etterspørselen etter behandling for psykiske lidelser og plager, samt tverrfaglig spesialisert behandling for rus og avhengighet.
- En eksponentiell utvikling innen medisin og medisinsk teknologi som vil endre diagnostikk- og behandlingsmuligheter, kreve vanskelige prioriteringsavklaringer, men også innebære store forbedringer i diagnostikk og behandlingstilbud
- Videreutvikling av innhold og omfang av spesialisthelsetjenestens samarbeid med kommunene, herunder også desentraliserte spesialisthelsetjenester og ambulant virksomhet
- At etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og mestringstilbud vil øke både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- En økende bevissthet og kunnskap hos pasienter og pårørende, som fører til at flere benytter sine lovfestede rettigheter
- At pasientene/brukerne i løpet av kort tid vil eie sine egne pasientopplysninger, og gå fra å være mottagere til deltagere i helsetjenesten
- At andelen av private tjenesteytere på alle nivåer sannsynligvis vil øke og det vil bli større innslag av marked/konkurranse når pasientene får lovfestet rett til fritt behandlingsvalg i tillegg til fritt sykehusvalg
- At de økonomiske rammebetingelsene sannsynligvis ikke vil utvikles i samme tempo som de medisinske mulighetene og pasientenes/brukernes forventninger
- Økt fokus på ventetider og fristbrudd, med krav om at ventetider reduseres fra dagens nivå, og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd

Mange av punktene over representerer en ønsket samfunnsutvikling til det beste for pasienter og pårørende, men det vil gi økt press på spesialisthelsetjenesten og kan ha kostnadsdrivende effekter. Utviklingen vil påvirke hvordan og hvor tjenestene bør ytes, arbeidsdelingen mellom offentlig og privat helsetilbud, mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og mellom profesjonene. Dette vil igjen stille krav til kontinuerlig endrings- og omstillingsevne både på foretaksnivå blant medarbeiderne.

I økonomiplanperioden har direktøren derfor lagt følgende til grunn for arbeidet:

- Øke innsatsen innenfor sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
- Redusere ventetid på behandling
- Sikre at fristbrudd ikke forekommer og at etterslep reduseres
- Bruk av pakkeforløp for å sikre standardisering av behandlingen
- Utvikle samhandlingen med kommunene i Vestfold, både når det gjelder forebygging, oppbygging av ø-hjelp døgntilbud i kommunene, gode pasientforløp fra hjem til hjem, rehabilitering, kvalitet og pasientsikkerhet, informasjonsflyt og –sikkerhet, kunnskapsoverføring, kompetansebygging og forskning.
- Styrke forsknings- og innovasjonsaktiviteten
- Skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
- Forbedre samhandling internt

Medisinsk utvikling

For 100 år siden var det smittsomme infeksjonssykdommer og tuberkulose som tok tusenvis av liv. I dag er det kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, psykisk helseproblem, diabetes, lungesykdommer og muskel- og skjelettsykdommer som er det store utfordringene her i landet (Folkehelse rapport – Helsetilstanden i Norge). Den medisinske utviklingen innebærer utfordringer i forhold til kapasitet, organisering, kontinuerlig strategisk kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i arbeidssituasjonen. I tillegg endres arbeidsoppgaver og arbeidsdeling og det arbeides stadig mer i team rundt pasienten, der flere faggrupper og spesialiteter samarbeider både innenfor diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Foretaket opplever to til dels motstridende tendenser i utviklingen. På den ene siden stadig større spesialisering innen grener og «kvister» i de enkelte fagområdene, og muligheter for individualisert og «skreddersydd» behandling til den enkelte pasient. På den andre siden i stadig større grad standardisert behandling, som ved f.eks. pakkeforløp kreft og pasientforløp hjerneslag.

Innenfor flere operative fag går utviklingen i retning av mer mini-invasive metoder, understøttet bl.a. av robotteknologi. Dette er mindre belastende for pasientene og medfører raskere mobilisering. Mulighetene for stadig mer og mer presis diagnostikk vil sannsynligvis også øke behovet for kostnadskreven investeringer, samtidig som den digitale utviklingen har potensial til å gjøre mye av den medisinske diagnostiseringen billig og med høyere kvalitet. Dette gjelder bl.a. laboratoriemedisin, patologi og billedanende diagnostikk som radiologi inkludert PET-CT, MR, ultralyd og kombinasjoner av ulike metoder.

Denne utviklingen gjør også at stadig mer av behandling på sykehuset kan gjøres uten at pasienten behøver innleggelse på sykehuset. Behandlingen forskyves «fra døgn til dag» og «fra dag til poliklinikk». Dette gjelder både planlagt kirurgisk behandling, og også behandling av akutte tilstander som kan avklares i akuttmottak uten innleggelse. Dette er gunstig sett fra pasientens side og gir mer effektiv utnyttelse av de totale ressursene. Men det medfører en finansieringsutfordring, da DRG-takster for dagbehandling og poliklinikk er vesentlig lavere enn for inneliggende pasienter. Sykehuset arbeider målbevisst for å redusere ressursbruken ved overgang fra døgn til dag. Men på noen områder vil det i dagens modell fortsatt «lønne seg» å legge pasienten inn. Det pågår et nasjonalt arbeid med revisjon av disse takstene, for å stimulere til mer dagbehandling.

Også samarbeidet med primærhelsetjenestene må utvikles ytterligere i årene som kommer, bl.a. fordi mange pasienter vil være samtidige pasienter både i spesialisthelsetjenesten og i

primærhelsetjenesten, og fordi spesialisthelsetjenesten i stadig større grad vil utvikles som tjeneste - uavhengig av om pasientene er i sykehusbyggene eller hvor som helst i verden.

Direktøren vil særlig peke på følgende satsningsområder i økonomiplanperioden:

ANTIBIOTIKARESISTENS:

Smittsomme sykdommer er i ferd med å gjenoppstå som livstruende utfordring. Dette skyldes at mikrober blir resistente for kjente antibiotika. SiV er langt fremme i arbeidet med antibiotikastyringsprogram, og vil i perioden videreutvikle arbeidet med «riktig antibiotikabruk», og i tillegg være i front når det gjelder nye metoder for resistensbestemmelse.

KREFT:

Det er økning i antall krefttilfeller både i Norge og ellers i verden. Økt levealder, muligheter for tidlig diagnostikk, bedre og mer nøyaktig diagnostikk bidrar til dette. Det er likevel grunn til optimisme, ettersom det innføres stadig nye behandlingsmuligheter

Helsemyndighetenes mål er rask diagnostikk for raskt å komme i gang med en behandling med god kvalitet. Det krever god koordinering mellom ulike klinikker og foretak der pasienten mottar helsehjelp. Pakkeforløp for kreftbehandling har bidratt med struktur og forutsigbarhet for pasienter, og bidratt i strukturering av behandlingen. SiV vil fortsette utvikling og overvåking av pakkeforløp for kreft, og arbeide systematisk med å dokumentere behandlingsresultater via etablering av kvalitetsregistre. Det gir muligheter for å ha kontroll på en kontinuerlig forbedring i tjenesten.

Utvikling av nye kreftmedikamenter, spesielt immunterapi, gir i økende omfang muligheter til medikamentell behandling av kreftformer hvor foretaket tidligere ikke hadde noe behandlingstilbud.

Robotteknologi i kirurgisk behandling av kreft er innført i begrenset omfang, men det er trolig at det innen denne teknologien kommer innovasjon og ekspansjon i de nærmeste årene. Kombinasjoner av medikamenter, kirurgi og stråling vil øke i omfang.

Innen gynekologisk kreft og urologisk kreft har det over tid vært arbeidet systematisk med metodeutvikling, simuleringstrening, teamtrening og kompetanseheving særlig i forhold til mini-invasiv kirurgi, noe som vil styrke tilbudet til disse pasientgruppene i planperioden.

For å styrke avansert kreftutredning har SiV nå tilgjengelig både egen 3Tesla MR og innleid PET CT. Dette er ypperste teknologi som tidligere var sentralisert til hovedstadsområdet, og SiV vil i perioden utvikle bruksområdene for denne teknologien sammen med OUS HF. Målet er å redusere kapasitetsutfordringene som har medført forlenget ventetid.

Det er fortsatt underdekning for stråleterapi i Vestfold i forhold til landsgjennomsnittet. Strålesenteret som er vedtatt etablert i Sykehuset Telemark HF kan bli realisert i perioden, men mest sannsynlig etter 2022. SiV vil arbeide aktivt for at det til enhver tid er et tilstrekkelig stråletilbud til sine pasienter, og at tilbudet i Telemark vil tilpasses behovet til Vestfolds befolkning.

Stadig flere pasienter overlever kreftsykdom. Dette er positivt, men mange som lever med kreft eller ettervirkninger av behandling opplever svekket livskvalitet og medisinske utfordringer. Arbeidet med å mestre livet etter kreft er et innsatsområde for mange aktører, der SiV skal ta sin del som spesialisthelsetjeneste. Samhandling og kompetansedeling med primærhelsetjenesten vil bli stadig viktigere for at pasientene kan leve livet med kreft eller følgetilstander i eller nær eget hjem.

SiV har i flere år prioritert kreftbehandling meget høyt. Direktøren mener denne satsingen skal innfri eiers oppdrag innenfor kreft.

KOSTBARE LEGEMIDLER:

Også utenfor kreftområdet utvikles nye legemidler, som gir håp om økt livslengde og kvalitet for pasienter der det tidligere ikke har vært reelle behandlingsalternativ. Dette gjelder i stor grad for nevrologiske tilstander, som f. eks. MS og SMA (spinal muskelatrofi), men også sykdommer i andre organsystemer som hud og mage/tarm.

SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN:

Økt samhandling med primærhelsetjenesten, inkludert fastlegene, vil bli et av de viktigste satsningsområdene for SiV i planperioden og framover. Utviklingsplan for SiV understreker dette.

Samhandlingsreformens intensjoner var knyttet til både styrking av folkehelsearbeidet og oppgaveendringer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En klar målsetting er at sykehusbehandling skal forbeholdes de sykeste pasientene, med behov for spesialiserte helsetjenester. Behandling og omsorg for øvrig bør foregå i kommunene, nærmest mulig pasientens hjem. Det er fortsatt stor og uttalt enighet om intensjonene i reformen, også blant aktørene i Vestfold, selv om synspunkter er nyanserte og varierende.

Ved innføringen av reformen ble det budsjettmessig overført midler fra helseforetakenes til kommunene for å stimulere kommunene i arbeid med å utvikle primærhelsetilbudene. Dette ble sett i sammenheng med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering (KMF) av øyeblikkelig hjelp innleggelser. KMF ble avvirket fra 2015.

Samtlige kommuner i Vestfold har nå etablert ø-hjelpsplasser (ØHD). Dette tilbudet er under utvikling, bl.a. ved nyåpnet interkommunal LV og ØHD med 13 døgnplasser utenfor Tønsberg. Så langt er det vanskelig å se at det har medført den avlastning av spesialisthelsetjenesten som var forutsatt. Dette skal etter planen fra 2019 også omfatte plasser for psykiatri og rus.

Gjennom arbeidet i utviklingsplanen for Vestfold, hvor kommunene har vært aktivt med i prosessen, ønsker SiV å bidra til å:

- Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen
- Styrke det primær- og særlig det sekundærforebyggende – arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten
- Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset
- Overføre oppgaver til primærhelsetjenesten på en planmessig og strukturert måte
- Understøtte kommuner og fastleger i deres arbeid med stadig mer komplekse og krevende pasienter
- Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom
- Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt
- Styrke den felles innsatsen om forskning og innovasjon

Kommunereformen har medført at antallet kommuner i Vestfold er redusert fra tidligere 12, til 7 fra 2018 og til 6 fra 2020. Ved denne etablering av færre og større kommuner ser foretaket at det nå utvikles et tettere interkommunalt samarbeid på helseområdet. Dette gir større slagkraft til kommunene, noe som gir en positiv utfordring til sykehuset i videreutvikling av et likeverdig samarbeid. Dette har allerede medført endringer i de overordnede strukturene for samhandlingsarbeidet i Vestfold, bl.a. i form av et mindre og mer slagkraftig SU (samhandlingsutvalget mellom Vestfoldkommunene og SiV-ledelsen).

Arenaer for strategisk samarbeid er i ferd med å etableres, med tanke på et framtidig mer omfattende, strukturelt samarbeid. Dette, kombinert med oppfølging av utviklingsplanen, vil kunne gi grunnlag for en mer offensiv satsning på videreutvikling av «Pasientens helsetjeneste» på tvers av forvaltningsnivåene.

AKUTTMEDISINSK KJEDE:

På bakgrunn av flere nasjonale rapporter, initiativ og føringer rundt akuttmedisinen i Norge, lokale tilsyn og driftsutfordringer i den akuttmedisinske kjeden i Vestfold, satte direktøren i gang et større prosjekt for å styrke dette området. Arbeidet sees i sammenheng med utviklingen av nytt akuttmottak i Tønsbergprosjektet. Arbeidets første fase med fokus på SiVs interne organisering av akuttmottaket er gjennomført. Den har medført både styrking av bemanning, endret organisering og arbeidsflyt. Arbeidet videreføres nå i prosjekt «Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold», med hovedvekt på den delen av kjeden som er utenfor sykehuset. Prosjektet er vedtatt i SU. Et utvidet SU-arbeidsutvalg er styringsgruppe. Prosjektet beskriver nåsituasjonen og fremtidig målbilde, med gapanalyse, samt forslag til tiltak for å nå målbildet. Rapport skal foreligge juni 2018.

PSYKISK HELSE OG RUSBEHANDLING:

Sykehuset legger gjennom sine prioriteringer innen drifts- og investeringsbudsjett til rette for at virksomheten innen PHV og TSB skal levere på aktivitet samt øvrige styringsmål og kvalitetsparametere knyttet til prioriteringsregelen.

Sentralt for fagområdene i perioden vil være innføring av det generelle pakkeforløpet for hhv PHV og VOP samt de mer diagnosespesifikke forløpene. Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR) arbeider parallelt med pakkeforløpene med sitt utfordringsbilde i planperioden for å sikre god standard, kvalitet og effektiv ressursfordeling og -bruk. Her i inngår vurdering av hvilke tjenester som utføres hvor, ved hvilke lokasjoner og med hvilke volum/aktivitetsnivå. I dette perspektiv inngår også å ta i bruk og fullt ut nyttiggjøre seg Tønsbergprosjektets trinn 1. Det nye psykiatribygget på sykehusområdet i Tønsberg skal stå klart til bruk i Q2 2019.

Vestfold er geografisk avgrenset, med god infrastruktur, og hoveddelen av befolkning bor i bykommuner. Dette utfordrer særlig problemstillingen om hvor det over tid er bærekraftig å drive døgntjenester, det som er mest ressurskrevende for klinikken. Døgnfunksjoner bør derfor i løpet av perioden konsentreres. Samtidig gir Vestfold god mulighet for videreutvikle lokalbaserte og arenafleksible tjenester i nært samarbeid med kommuner og brukere på deres arenaer.

PASIENTSIKKERHET OG KVALITET:

Det er et overordnet mål for SiV å styrke pasientsikkerhet og kvalitet i tråd med regionale og nasjonale føringer. Direktøren har lagt til grunn for etablering av flere interne strategiske satsningsområder at de alle skal bidra til å realisere bedre kvalitet- og pasientsikkerhet med utgangspunkt i brukernes behov.

Dokumentasjon av behandlingsresultater skal videreutvikles. SiV skal i tillegg til å levere data til alle de relevante nasjonale kvalitetsregistrene, bygge og videreutvikle kvalitetsregistre lokalt. Disse registrene vil være et grunnlag for å drive ytterligere forbedringsarbeid på veien mot å øke kvalitet og redusere variasjon i behandling.

Det er et nasjonalt mål å redusere variasjon i behandlingstilbudet slik at befolkningen har et likeverdig helsetilbud. Det er ikke tilfelle i dag, og har heller ikke vært det noen gang. Reduksjon av variasjon anses også å være viktig bidrag for økt kvalitet og pasientsikkerhet. SiV har utviklet en egen metode for å følge opp nasjonale veiledere og å standardisere pasientforløp i tråd med kunnskapsbasert praksis. Denne metoden kombinerer prosess og behandlings-resultat, nasjonale og lokale mål.

I økonomiplanperioden skal områdene i pasientsikkerhetsprogrammet der SiV har størst utfordringer bli fulgt opp spesielt; tiltak for å redusere risiko for sykehusinfeksjoner og resistensutvikling, feil i medikamenthåndtering, fall, trykksår, sepsisbehandling m.m.

God og reell brukermedvirkning er forutsetninger for forbedringer og endringer i spesialisthelsetjenesten, både på system-, tjeneste- og individnivå. Det skal legges til rette for at pasienter og pårørende vil være i stand til å delta i valg i forhold til egen behandling. Kompetanse hos ledere og klinikere er avgjørende for å lykkes.

SLAGBEHANDLING:

Bedre diagnostiske muligheter, nye behandlingsmetoder med medikamenter (trombolyse; blodproppopløsning) og invasive metoder (trombektomi) gir muligheter for gode behandlingsresultater hos pasienter med akutt hjerneslag. Dette krever rask erkjennelse av tilstanden, rask respons fra prehospitaltjenester samt rask diagnostikk og iverksetting av behandling på sykehuset. Tidlig iverksatt rehabilitering er også av avgjørende viktighet. Dette krever at alle ledd i behandlingsskjeden samarbeider optimalt. SiV har arbeidet målrettet med «Slagforløpet», og oppnår nå nasjonale mål for diagnose og trombolytisk behandling ved akutt hjerneslag. Tilbud om trombektomi i HSØ foregår i dag kun ved OUS, men det er en regional prosess i gang for å etablere dette tilbudet også utenfor Oslo. SiV HF og ST HF er enige om at et slikt senter, for Telemark og Vestfold, bør etableres i Tønsberg så raskt som mulig. Det ser ut til å være regional støtte til dette.

SEPSIS:

Tidlig identifikasjon og oppstart av behandling ved sepsis («blodforgiftning») er av essensiell betydning. Dette har vært et satsningsområde ved SiV også før Statens Helsetilsyn nå har påvist betydelige utfordringer på dette området nasjonalt. En velfungerende behandlingsskjede for denne tilstanden starter utenfor sykehuset, og stiller store krav til kompetanse, logistikk og samhandling. Kompetanse og systemer i akuttmottaket er av spesielt stor betydning her. Dette er ett av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet, hvor målrettet arbeid nå begynner å gi positive resultater ved SiV.

Forskning og innovasjon

Forskning ved Sykehuset i Vestfold er først og fremst knyttet til pasientnære problemstillinger og klinisk praksis, med utgangspunkt i de undersøkelser og den behandling som gis ved sykehuset. Pasientnær forskning er viktig for å få ny kunnskap som på kort eller lang sikt kan gi en bedre helsetjeneste, og bidra til medisinsk utvikling. I tillegg er et godt og bredt forskningsmiljø viktig for fag- og kompetanseutvikling, noe som igjen er viktig for rekruttering av fagpersoner til sykehuset. En ny forsknings- og innovasjonsstrategi for perioden 2018-2021 er under utarbeidelse.

Sykehuset har ca. 110 pågående forskningsprosjekter. Mange prosjekter har etablert et samarbeid med Universitetet i Oslo og / eller Oslo Universitetssykehus (OUS), men det foregår også forskning i samarbeid med en rekke andre akademiske miljøer både nasjonalt og internasjonalt.

Sykehuset har hatt en systematisk satsning på forskning gjennom flere år. Det ser foretaket resultater av takket være dyktige og dedikerte forskere og de som bidrar i støttefunksjoner. Forskningsaktiviteten ved foretaket har de siste årene vært høy sammenlignet med andre helseforetak i Norge, basert på NIFU-poeng i den årlige forskningsrapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Forskere ved Sykehuset i Vestfold publiserte hele 137 vitenskapelige artikler i anerkjente tidsskrifter i 2017. Det er en økning fra 110 artikler i 2016. Det ser også ut til å være en sterk økning i antall publikasjoner i nivå 2 tidsskrifter (som er høyest rangert), fra 14 i 2016 til 25 i 2017. I tillegg avla seks forskere doktorgrad i 2017 og sykehuset fikk kr 5.115.000 i eksterne forskningsmidler fra Norges Forskningsråd.

Dermed beholder SiV sin posisjon som et av sykehusene med høyest forskningsaktivitet utenom universitetssykehusene.

Satsingen på forskning og innovasjon innebærer økt ressursbruk. Sykehuset prioriterte midler til økt satsing i begynnelsen av forrige strategiperiode, og har ligget på dette nivået noen år. Sykehuset ønsker spesielt å styrke den eksterne finansieringen av forskningsprosjektene den kommende tiden.

Den strategiske satsningen på innovasjon ved SiV vil øke ytterligere i årene som kommer, for å møte både brukerne og samfunnets behov for økt verdiskapning. Føringer fra utviklingsplanen, digitalisering og teknologisk utvikling samt utvikling av driftskonsepter i ny bygningsmasse vil være viktige drivere for innovasjon ved sykehuset. Innovasjonssatsningen ved SiV vil være knyttet til sykehusets strategiske satsnings- og utfordringsområder.

SiV fikk tildelt 6,6 mill kr i eksterne midler fra Helse Sør-Øst til innovasjon i 2017. HOD har nylig utarbeidet forslag til et helhetlig innovasjonssystem, inkludert nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. SiV er et av sykehusene som deltar i denne nasjonale piloten i 2018, hvor sykehusene også på sikt vil bli målt på innovasjon.

Gjennom et mer systematisk og målrettet arbeid med ideer og innovasjonsprosjekter, vil SiV kunne bidra til økt verdiskapning og til at ny kunnskap omsettes til konkrete resultater for det som er pasientens helsevesen.

Medarbeidere og kompetanse

God og effektiv drift er viktige forutsetninger for å løse sykehuset oppgaver og oppdrag. Ledere og medarbeidere, organisasjon, ressursstyring og strategisk kompetansestyring vil være sentralt i utviklingsarbeidet i hele økonomiplanperioden.

For å møte de store utfordringene framover er styrking av SiV's ledelse og lederutvikling definert som ett av de strategisk innsatsområdene i den kommende 4-årsperioden. Ledelse spiller en avgjørende rolle i å drive organisasjonen framover og oppnå de resultater som er satt som krav. Ledelse er et sentralt virkemiddel i satsningene på pasientsikkerhet og kvalitet. Det er under konkret planlegging hvordan dette skal innrettes og det vil gjennomføres både program og konsepter som understøtter denne satsningen.

Den medisinskfaglige- og teknologiske utviklingen går stadig raskere og pasientbehandlingen vil endres i tråd med dette. Det er avgjørende at medarbeidere utvikler kompetansen i takt med den faglige utviklingen slik at pasientene til enhver tid får målrettet og riktig tilbud. Det er igangsatt arbeid med å utvikle en kompetansestrategi som identifiserer de viktigste strategiske utfordringene framover samt prioritere målrettede innsatsområder som skal følges opp.

Foretakets rolle og ansvar i utdanning av helsepersonell har stor oppmerksomhet. Sykehuset skal være en attraktiv læringsarena og driften innrettes slik at SiV kan ta ansvar for praksisstudier for lærlinger og studenter i deres utdannings- og spesialiseringssløp. Særlig viktig er det innenfor de områdene som det er - og trolig vil være - vanskelig å rekruttere til fremover, som spesialsykepleiere innenfor anestesi-, intensiv- og operasjonsområdene, samt en del rekrutteringssvake legespesialiteter. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonen vil intensiveres for å sikre at innholdet i utdanningene hele tiden endres slik at det spiller helsetjenestens behov, at praksis vektlegges og at overgangen mellom student og arbeidsliv gjøres mindre.

Ny utdanningsmodell for leger i spesialisering (LIS) er vedtatt og omfattende forberedelser er i gang for å være klar når de store gruppene (LIS 2 og LIS 3) legges om fra mars 2019. Det er store innholdsmessige og organisatoriske endringer fra dagens spesialistutdanning til den nye LIS-utdanningen. Det er prioritert midler til dette innenfor den budsjettutfordringen som ble besluttet på foretakets strategikonferanse i mars.

SiV har siden 2014 hatt et traineeprogram for nyutdannede sykepleiere. Formålet har bl.a. vært å sikre de nyutdannede sykepleierne 100 % faste stillinger, og gjennom særskilt fokus på fagutvikling bidra til at sykepleierne blir trygge i og mestrer sin rolle. Traineeprogrammet er evaluert, og det videreføres med 12 nyutdannede sykepleiere, og i tillegg er det etablert et kompetanseutviklingsprogram for øvrige nyutdannede sykepleiere. Det er ca 25 nyutdannede sykepleiere som ansettes årlig ved SiV.

Direktøren vil i økonomiplanperioden – som samsvarer med hovedprosjektperioden for Tønsbergprosjektet – gjennomføre endringer i organisasjonen for fortsatt å være i forkant av sykehusutviklingen. Det innebærer både endringer i oppgaveløsningen, og krever endring i organiseringen og ledelsen av sykehuset.

Økonomisk bærekraft

GENERELT:

De fire regionale helseforetakene finansieres gjennom statsbudsjettet, og hvert RHF har ansvar for å fordele midler i sin region. Midler til drift og investeringer tildeles samlet og det er opp til det enkelte regionale helseforetak å sikre en bærekraftig økonomi gjennom en riktig fordeling mellom drifts- og investeringsmidler. I utgangspunktet er det for spesialisthelsetjenesten som for alle andre, at 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 midler at de skal benyttes i sin helhet, enten til drift eller til investeringer, for å innfri de krav helseforetakene får gjennom det årlige oppdrag- og bestillingsdokumentet.

HSØ finansierer driften i sine HF 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 HF-ene til en hver tid behandler. HSØ gjør flere unntak, og det største unntaket fra denne fordelingsmodellen og det er 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 oppgavedeling som er mellom OUS og øvrige HF i HSØ, og også mellom OUS og de tre øvrige RHF-ene.

For investeringene har HSØ valgt en modell der de holder tilbake store deler av likviditeten knyttet til avskrivningskostnaden fra HF-ene for å finansiere investeringer i det som betegnes som fellesprosjekter. Det er i hovedsak 2 grupper av 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 er et slikt prosjekt. Det at HSØ holder tilbake mye likviditet betyr at alle HF i HSØ må gå med overskudd for å skaffe tilstrekkelig likviditet til nødvendige investeringer slik at foretakene kan opprettholde en bærekraftig økonomisk utvikling.

I hovedsak er det to måter å øke likviditeten i det regionale helseforetaket. Det ene er å dele ut mindre midler til foretakene og dermed øke overskuddet i selve det regionale foretaket. Det har HSØ lagt inn i forutsetningene også for ØLP 2019-2022. Det andre er å holde tilbake en høyere andel av likviditeten knyttet til foretakenes avskrivningskostand. Denne delen har vært stabil de siste årene.

STATUS ØKONOMISK BÆREKRAFT SiV:

Etter direktørens vurdering har SiV de senere år hatt en bærekraftig økonomi og gjort en sunn vurdering av fordeling av midler mellom drift og investeringer. SiV har nådd budsjetterte resultat og derigjennom lagt til rette for et bærekraftig investeringsnivå.

SiV har lagt en langsiktig plan for å håndtere økte avskrivnings- og rentekostnader som følge av Tønsbergprosjektet (TP). En del nye kostnader vil påløpe når psykiatribygget tas i bruk i Q2 2019, men hovedtyngden av kostnader kommer i Q2 2021 når somatikkbygget tas i bruk. TP vil ikke være endelig ferdig før A- og B-blokka er revet. I perioden fram tom 2020 vil SiV øke sitt resultat med 70 mill kr for å møte økte kostnader som følge av TP. Dette kommer i tillegg til at reduserte rente- og avskrivningskostnader øker resultatet og ikke brukes til f.eks. å lette på omstillingsbehovet. utfordringene knyttet til dette kan måtte tilpasse dersom kostandene endrer seg ved f.eks. endringer i rentenivået.

RAMMEINTEKT 2019 OG ÅRENE FRAM MOT 2022:

HSØ har nå fått på plass alle planlagte inntektsmodeller. Det er 6 ulike modeller som dekker alle rammeinntekter som ikke er øremerket til prosjekter/områdefunksjoner og strategiske satsinger. Det er modeller for somatikk, psykiatri, TSB, prehospitalet, kapital og pensjon. HSØ har gjennomført et arbeide for å vurdere om deler av de økonomiske modellene som fordeler midler til HF-ene, skal endres. I grunnlaget for ØLP er det ikke gjort slike endringer, men det er mulig at HSØ vil gjøre endringer når de endelige rammene for 2019 besluttes etter at statsbudsjettet er lagt fram i høst. I så fall kan SiVs faste inntekter komme til å ligge noe høyere enn det som forutsettes i ØLP.

Den faste delen av SiVs inntekter er avhengig av utviklingen av Vestfolds befolkning sammen med utvikling i befolkningen i HSØ sitt sørge-for området. Generelt er den utviklingen slik at SiV får noe lavere inntekter år for år i hovedsak fordi befolkningen vokser noe mindre enn gjennomsnittet i HSØ-området. De faste inntektene er også avhengig av enkelt andre avregninger. Disse gir SiV marginalt mer midler i 2019 enn i 2018. Det betyr at SiV kommer noe gunstigere ut i 2019 enn det som forventes årene framover.

Det gjør at aller meste av vekst i pasientbehandling, økonomiske utfordringer knyttet til TP og andre kostnadsøkninger (legemidler, IKT) må finansieres gjennom omstillinger internt. Omstillingsbehovet for 2019 er definert til 66 mill kr for SiV overordnet. Av dette tilføres ca. 8 mill kr til allerede eksisterende kostnader/inntektsreduksjoner. I tillegg er det underliggende utfordringer i klinikkene på ca. 40 mill kr. Det betyr et samlet omstillingsbehov i SiV i 2019 på snau 100 mill kr.

På nåværende tidspunkt er ikke tiltak for dette omstillingsbehovet konkretisert, men i foretakets strategikonferanse i andre halvdel av mars, fikk klinikkene sine rammer for 2019. Klinikkene arbeider på bakgrunn av den tildelingen med å finne konkrete tiltak, og skal redegjøre for sine forslag i september.

KOSTNADSUTVIKLING:

Slik foretaket ser utviklingen de nærmeste årene er det ikke kostnadsvekst som følge av eksterne faktorer generelt som gir utfordringer, bortsett fra et stort og viktig område (første kulepunkt nedenfor). De økonomiske utfordringene ligger hovedsakelig i at inntektsutviklingen ikke følger behovet i befolkningen både i mengde (antall, alder,

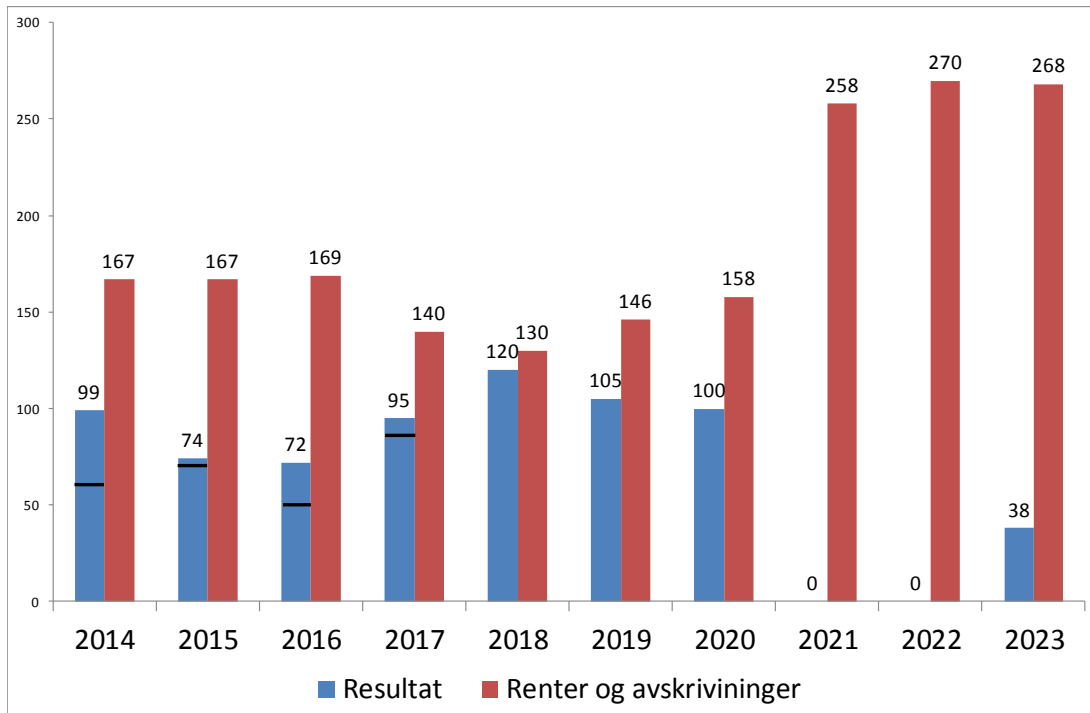
kronikere, nye tilbud) og innretting (døgn/dag – ambulant virksomhet) – samt økonomiske utfordringer knyttet til Tønsbergprosjektet:

- Spesialisthelsetjenesten får det økonomiske ansvaret for flere og flere legemidler, samtidig som stadig nye og forbedrede legemidler kommer på markedet. Dette ser i ØLP-perioden ut til å bli en av de største økonomiske utfordringene for HF-ene. Det er også stadig økende kostnader til behandlingshjelpemidler. Dette kan være samfunnsmessig lønnsomt, men ikke helseforetakene får ingen annen finansiering av dette enn denne generelle veksten som kommer i statsbudsjettet. I budsjett for 2019 er det lagt inn en økt kostnad på drøye 10 mill kr på dette – like mye som det er lagt inn på legemidler.
- Lønn – på bakgrunn av forbedret produktivitet forventes årsverk og dermed lønnskostnaden å vokse mindre enn aktiviteten.
- Øvrige kostnader – påvirkes mest av økningen i IKT-kostnad. Utviklingen i IKT-kostnaden er til dels uforutsigbar, både i forhold til kostnader knyttet til de ulike systemer og sentrale beslutninger om hvilke og når nye systemer skal innføres. SiV bør dessuten bruke det momentum som TP er, til å utvikle SiV til et meget moderne digitalt sykehus. Det forventes to-sifferet millionbeløp i kostnadsøkning årlig. Veksten fra 2018 til 2019 forutsettes å være 15 mill kr. I økonomiplanen vil det måtte påregnes betydelig høyere årlig vekst, men med forventninger om store gevinstrealiseringer.
- Investeringer/Avskrivninger/Renter – påvirkes sterkt av Tønsbergprosjektet (se også graf nedenfor). Foretakets overskudd skal økes med i alt 70 mill kr i perioden samtidig som reduksjon i avskrivningskostnadene skal brukes til å dekkes opp nye avskrivningskostnader som kommer når Tønsbergprosjektet tas i bruk.
- Strategiske satsinger – omprioriteringer av midler utgjør for 2019 33 mill kr hvorav 8 mill kr går til å dekke allerede eksisterende kostnader/innteksreduksjoner

RESULTAT/INVESTERINGER:

Resultatet i perioden 2016 -2020 påvirkes av planen som er lagt for å kunne dekke økte avskrivnings- og rentekostnader knyttet til Tønsbergprosjektet. Resultatet gir en bærekraftig økonomi for foretaket i perioden. Grafen nedenfor viser resultatutviklingen i den blå søylen og kostnadsutviklingen for summen av renter og avskrivninger i den røde søylen. Den svarte streken på de blå søylene markerer det budsjetterte resultatet i årene 2014-2017.

Det ligger til grunn for hele perioden at foretaket samlet budsjetterer med en buffer på ca. 1% (56 mill kr er lagt inn i forutsetningene for 2019-budsjettet), og at deler av bufferen ender opp som positivt budsjettavvik/økt resultat for hvert av årene.



Risikovurderinger

HSØ har i ØLP-forutsetningene lagt til grunn mindre vekst i spesialisthelsetjenestens budsjetter enn den veksten som har vært de siste årene. Når HSØ samtidig bruker av den veksten til å øke likviditeten i HSØ, blir det lite vekstmidler som kommer foretakene i gruppen til gode. Sett i forhold til listen nedenfor over den kostnadsutviklingen foretakene står/ kan stå overfor de nærmeste årene, er det risiko for at det blir utfordrende å videreføre en bærekraftig økonomi.

- Generelt er det en risiko knyttet til den økonomiske utviklingen i Norge og hvilken prioritering Stortinget gir helse i statsbudsjettet i årene framover. Det er en demografisk utvikling i den norske samfunnet som tilsier at spesialisthelsetjenesten må tilføres midler utover befolkningsøkningen, og som kommer i tillegg til de økte mulighetene for pasientbehandling som den generelle medisinske utviklingen gir. Løsningen vil måtte være forbedret produktivitet i det offentlige helsevesen noe som har vist seg utfordrende å få til.
- 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. Men de økonomiske konsekvensene av denne utviklingen er betydelig.
- Tønsbergprosjektet har i seg både muligheter og risiko. Risiko dreier seg både om gjennomføring av selve prosjektet, og så innflytting/oppstart av drift i nye lokaler med til dels nye måter å drive pasientbehandling på.
- Risiko knyttet til endring av legeutdanning/-spesialisering selv om det er satt av midler til dette i 2018 og nå også i 2019-budsjettet. Det er generelt en risiko knyttet

til tilgang på arbeidskraft i sykehus i årene framover og dermed også kostnader knyttet til yrkesgrupper som det kan bli mangel på.

- 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 / ibrugging av mer IKT-baserte «behandlingsmetoder» / tettere samarbeid med kommunene
- Med de planlagte store kostnadsøkningene innenfor IKT er det avgjørende at SiV evner å bruke nye systemer ikke bare til kvalitetsforbedring for pasienten, men også som et verktøy for drive sykehuset mer effektivt.
- Pensjon er en gjenganger når det gjelder økonomisk risiko. Dette har så langt blitt håndtert med nøytrale effekter på landsbasis i statsbudsjettet, men store endringene som det har vært de siste årene har alltid fått konsekvenser på HF-nivå grunnet ulike fordelingsmekanismer på inntekts- og kostnadssiden.