

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

2009/469 - 4319/2012

Hans K. Stenby, 51 96 38 17

16.11.2012

Innspill til statsbudsjettet for 2014

Bakgrunn

Det vises til Oppdragsdokumentet 2012 til Helse Vest RHF. Helse Vest RHF bes her komme med innspill til statsbudsjettet for 2014 innen 10.12.12.

På samme måte som tidligere har de regionale helseforetakene samarbeidet om denne oppgaven. Det er gjort en felles vurdering av aktivitetsbehovet i 2014 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige.

Helse Vest gir på denne bakgrunn følgende innspill:

1. Sammendrag og konklusjon

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2014 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB).

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovet for tjenester. Det vil også være viktig å øke innsatsen innen forskning og utvikling og å øke investeringer i bygg og utstyr. Dette setter krav til mer effektiv bruk av ressursene.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av nye behov, nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder og et ønske om bedre behovsdekning.

Analysene i dette innspillet er gjennomført på høyt aggregert nivå og tar utgangspunkt i nasjonale tall. Det legges som forutsetning at den etablerte inntektsmodellen gir de regionale helseforetakene et likeverdig grunnlag for å oppfylle sitt "sørge for"-ansvar for egen befolkning. Det tilligger således det enkelte RHF å prioritere og rette sin innsats slik at gitte mål og krav kan nås.

Vurderingene i innspillet baseres på følgende tilnærming:

Demografisk betinget ressursvekst:

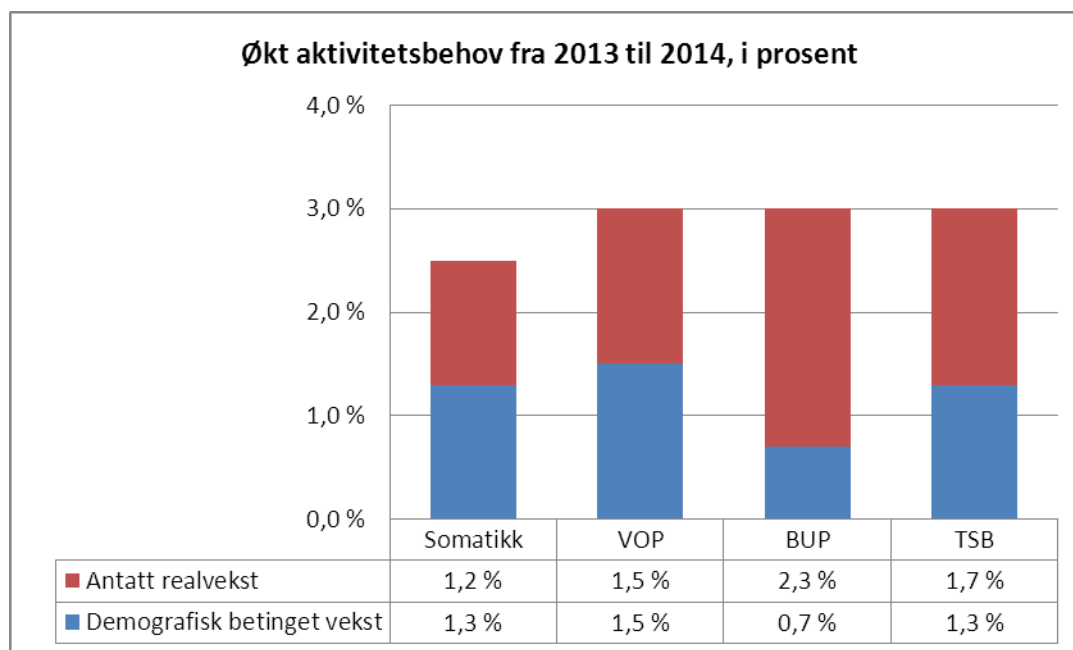
Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2013-2014, hvor Magnussenutvalgets behovsindekser brukes til å vekte befolkningen i de fire regionene

Realvekst:

Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som kan forventes. Realveksten er en sum av flere forhold. Økt andel eldre medfører økt behov. Nye behov oppstår blant annet som følge av at nye – og ofte kostnadskrevenne – behandlingsmetoder tas i bruk, behandlingsmulighetene øker, indikasjon for behandling endres. På enkelte områder er det ønske om bedre behovsdekning og økt kapasitet. I denne sammenheng vurderes også ventetidsutviklingen innen det enkelte tjenestoområde og hvor mye aktiviteten må øke for at ventetidsutviklingen skal gå i riktig retning og mot nasjonale mål. Faktisk realvekst de siste tre år er en referanse for anslag på realvekst.

Figur 1 viser anslagene på økning i aktivitetsbehov fra 2013 til 2014 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Økningen for somatiske tjenester anslås til 2,5 prosent. For psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn samt TSB anslås veksten til 3 prosent.

Figur 1:



I tillegg kommenterer de regionale helseforetakene følgende tema:

Implementering av samhandlingsreformen

Det skal legges til rette for en mer sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste med større vekt på forebygging og tilbud i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetanseoppbygging og samtidig utvikle egne tjenester og bli mer spesialisert. Spesialisthelsetjenestene skal tilpasses utviklingen i kommunene. Det må også være fokus på tjenestene som ikke er omfattet av økonomiske virkemidler. Det må utvikles elektroniske løsninger for all samhandling om pasienter.

Pasientsikkerhet

Det bør utvikles en plan for oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet etter at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen avsluttes i 2013.

Behov for en felles nasjonal satsing innen IKT-området

Utvikling og innføring av nasjonale løsninger må gjennomføres og implementeres i hele helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder prosjektene; (1) nasjonal helseportal, (2) nasjonal kjernejournal (3) eResept og (4) forenkling av strukturen for meldingsbasert elektronisk kommunikasjon. Realisering av dette krever et nasjonalt løft for investeringsmidler innen IKT.

Opphør eller reduksjon av tredjeparts finansiering

Det bes om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart – hovedsakelig kommunesektoren – kartlegges og gjennomgås.

2. Innledning

I henhold til oppdragsdokumentet for 2012, punkt 11 *Oppfølging og rapportering*, skal de regionale helseforetakene innen 10. desember 2012 gi innspill til statsbudsjettet for 2014.

I likhet med tidligere år er de regionale helseforetakene enige om å utarbeide et felles innspill. Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder aktivitetsbehov for spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige (TSB). I tillegg kommenteres enkelte tema relatert til de regionale helseforetakenes økonomiske forutsetninger.

I de nærmeste årene vil det være et sterkt fokus på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vekst og utvikling i primærhelsetjenesten vil være viktig for å utvikle bærekraftige løsninger for helsetjenesten som helhet.

Det vil samtidig være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger og utstyr og økt innsats innen forskning og utvikling. En fortsatt effektivisering av daglig drift vil være et viktig bidrag for å få til dette. Innen somatiske tjenester vil dagbehandling og poliklinisk aktivitet fortsatt måtte øke, samtidig som gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter forventes å gå ned. Det vil fortsatt være et spesielt fokus på både vekst og restrukturering av tilbudet innen rusbehandling og psykisk helsevern. Helseforetakene vil med andre ord ha behov for økte ressursene på mange områder, samtidig som driftsressursene må brukes stadig mer effektivt. Kompetanseutvikling vil være sentralt både i samhandlingen med primærhelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten som sådan.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og økt andel eldre, men også av nye behov, et ønske om bedre behovsdekning og det å ta i bruk nye og kostnadskrevede behandlingsmetoder.

Analysene i dette innspillet er gjennomført på høyt aggregert nivå. Mer detaljerte analyser ville blant annet kunne gitt bedre forståelse av årsakene til den observerte utviklingen de siste årene. Vi mener imidlertid at en overordnet tilnærming gir et godt grunnlag og har ikke grunn til å tro at mer detaljerte analyser i vesentlig grad ville endret konklusjonene i dette innspillet.

3. Forutsetninger

Det er forskjeller mellom regionene f.eks. når det gjelder ressursforbruk per innbygger innen de forskjellige fagfeltene. Dette gjelder også tilgjengelighet, uttrykt i ventetid for pasienter med og

uten rett til nødvendig helsehjelp. Betrachtingene nedenfor tar imidlertid utgangspunkt i nasjonale tall og legger som forutsetning at den etablerte inntektsmodellen gir de regionale helseforetakene et likeverdig grunnlag for å oppfylle sitt "sørge for"-ansvar for egen befolkning. Det tilligger det enkelte RHF å prioritere og målrette sin innsats slik at gitte mål og krav kan nås. For alle de tre tjenesteområdene vurderes relevante faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet frem til 2014:

Demografisk betinget vekst:

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2013-2014, hvor Magnussenutvalgets behovsindekser brukes til å vekte befolkningen i de fire regionene

Realvekst:

Vekst utover det som er demografisk betinget, er knyttet til nye behov, økt behovsdekning og det å ta i bruk nye og kostnadskrevenne behandlingsmetoder. Realvekst er med andre ord en sum av flere forhold. Økt *andel* eldre medfører økt behov. Nye behov oppstår blant annet som følge av at nye – og ofte kostnadskrevenne – behandlingsmetoder tas i bruk, behandlingmulighetene øker, indikasjon for behandling endres. På enkelte områder er det også ønske om bedre behovsdekning og økt kapasitet. I denne sammenheng vurderes ventetidsutviklingen innen det enkelte tjenesteområde og hvor mye aktiviteten må øke for at ventetidsutviklingen skal gå i riktig retning og mot nasjonale mål. Å ta i bruk nye behandlingsmetoder medfører i mange sammenhenger også en effektivisering av tilbudet. Samlet sett er likevel utviklingen preget av realvekst i aktivitetsbehov.

Endrede helsepolitiske prioriteringer innebærer ofte at tilbudene til enkelte pasientgrupper må styrkes, noe som også kan medføre økt aktivitetsbehov. De senere års opprioritering av pasienter med sykkelig overvekt er et eksempel på dette. I den grad den nye aktiviteten ikke fullt ut kan baseres på ressurser som er frigjort ved reduksjoner i lavere prioritert aktivitet, vil dette medføre en realvekst i aktivitetsbehovet.

Riktig prioritering er en viktig forutsetning for å oppnå god behovsdekning. Det er en særskilt utfordring innen de somatiske tjenestene der det er mange pasienter og mange nyhenvisninger. Siden andelen definert som rettighetspasienter er betydelig lavere innen somatikk enn de andre tjenesteområdene, blir gruppen pasienter uten rett svært stor. Dette er også pasienter som skal ha tilbud om spesialisthelsetjenester innen rimelig tid.

Det er viktig at arbeidet med implementering av prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne videreføres og at arbeidet med å etablere og drive de nasjonale medisinske kvalitetsregistre gis høy prioritet. Resultater fra medisinske kvalitetsregistre vil kunne gi grunnlag for vurderinger som sikrer drift med riktig innholdsmessig kvalitet og som motvirker overforbruk, underforbruk og feil bruk av helsetjenester.

4. Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2014

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2014 blir her vurdert på basis av de forhold som erfaringsmessig innvirker på behovet for tjenester, og under hensyn til de helsepolitiske prioriteringer som gjelder.

Aktivitet, behov og realvekst 2008-2011

Behovsutviklingen er beregnet ut fra Magnussenutvalgets behovsindekser og befolkningsutviklingen i de respektive helseregioner (SSB). Dette er altså en rent demografisk fremskrivning av behovene. Tabellen nedenfor viser at den demografisk drevne behovsveksten i 2009 var på nivå med forbruksveksten. Realveksten i 2009 var dermed nær null. Realveksten i 2010 var svakt negativ, mens den i 2011 igjen var svakt positiv.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng	1 276 502	1 294 917	1 300 560	1 326 865
Årlig forbruksvekst, prosent		1,4	0,4	2,0
Årlig behov, behovjustert folkemengde	4 738 321	4 799 810	4 858 199	4 919 769
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent		1,3	1,2	1,3
Realvekst i forbruk, prosent		0,1	-0,8	0,8

Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011

Ventetider, fristbrudd og behovsdekning

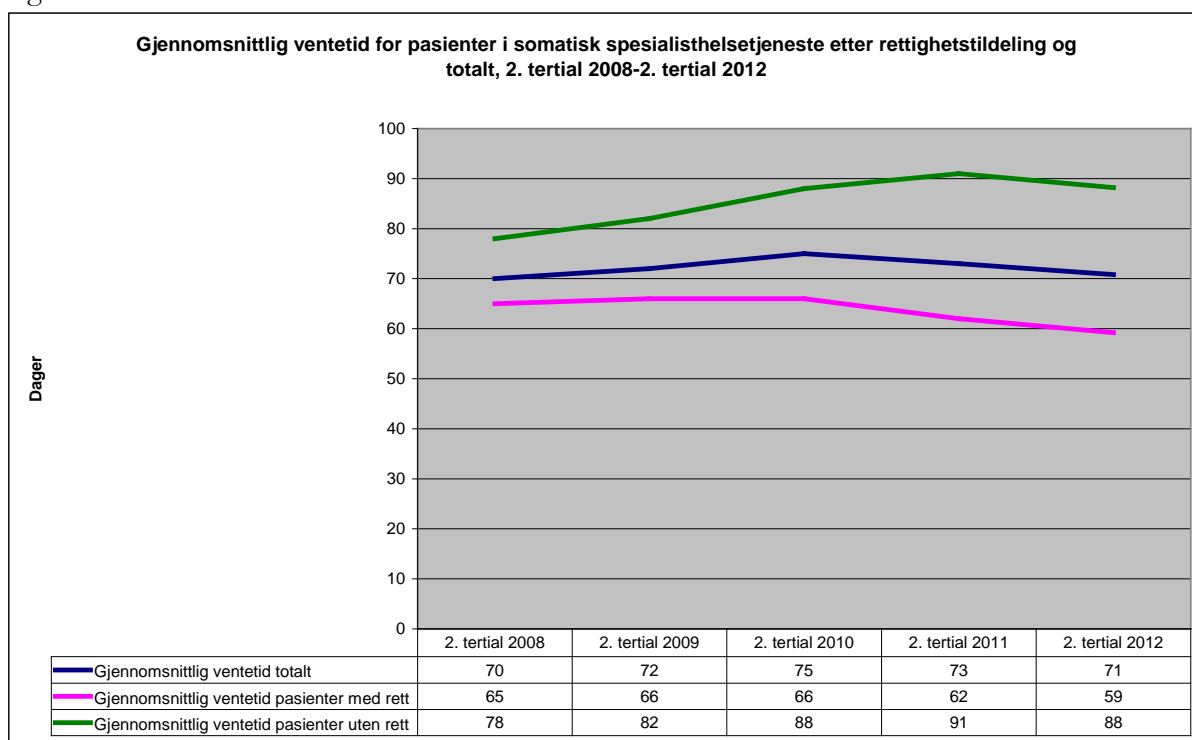
Hvorvidt de senere års vekst har vært tilstrekkelig til å dekke behovene, kan til en viss grad belyses gjennom de endringer som har skjedd i pasientenes ventetider. Redusert ventetid indikerer økt grad av behovsdekning og økt ventetid indikerer redusert behovsdekning, såfremt det dreier seg om sammenlignbare pasienter, dvs. at prioriteringer og henvisningskriterier er uendret. I denne sammenheng kan bl.a. anføres følgende:

- I perioden 2008-2012 er den gjennomsnittlige ventetiden for somatiske rettighetspasienter redusert. Fra 2011 til 2012 har gjennomsnittlig ventetid for pasienter med og uten rett, sett under ett, blitt redusert, men ventetiden er fortsatt høyere enn den var i 2008. Reduksjonen er beskjedent sett i forhold til målet om 65 dager gjennomsnittlig ventetid totalt for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp.
- I perioden 2008-2012 har utviklingen i ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp vært utilfredsstillende i forhold til veksten i behov som skal dekkes. Gruppen pasienter uten rett er svært stor, og antall langtidsventende øker i flere regioner.
- Andel av rettighetspasientene i somatisk sektor som opplever fristbrudd har falt fra 12 prosent til 9 prosent fra 2011¹. Andelen fristbrudd har vist en betydelig nedgang de senere årene.
- Ventetiden vil kunne reduseres ved å minske omfanget av henvisninger fra primærhelsetjenesten og ved å flytte deler av kontrollvirksomhet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (jf. samhandlingsreformen).

Ventetidsutviklingen innen somatisk spesialisthelsetjeneste på landsbasis fra 2008 til 2012 fremgår av figuren nedenfor.

¹ Avviklede pasienter 2. tertial 2012

Figur 2:



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2012. Norsk pasientregister (Rapport IS-2025)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2013-2014

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2013-2014 på 1,3 prosent².

Nye behov og økt grad av behovsdekning vil også påvirke aktivitetsbehovet. Utvikling og implementering av ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette i årene som kommer, og føre til økte behov for tjenester. Nye behandlingsmetoder fører også til at pasientene i en del pasientgrupper vil leve lengre enn før, og dermed bidra til nye behandlingsbehov. Når det i tillegg tas hensyn til helsepolitisk opprioritering av enkelte pasientgrupper og økt andel eldre, medfører det en behovsvekst ut over den som er følger av befolkningsvekst alene.

Det er samtidig et mål både å redusere ventetidene og å unngå fristbrudd. Å redusere ventetiden ned mot de nasjonale målene, samt å motvirke tendensen til økende antall langtidsventende og økte ventetider for den store gruppen pasienter uten rett, bidrar også et økt aktivitetsbehov - utover det som er demografisk betinget.

Ut fra dette anslås behovet for realvekst til å være 1,2 prosent, slik at når demografisk betinget vekst inkluderes, blir samlet økning for aktivitetsbehov fra 2013 til 2014 på 2,5 prosent

I henhold til signalisert aktivitetsvekst i statsbudsjett for 2012, forventes det at deler av aktivitetsveksten, også de kommende år, vil legges til kommunene. I estimatene her er det ikke korrigert for en slik økt kommunal aktivitet. I fortsettelsen forutsettes det imidlertid at andelen av veksten som tillegges kommunene baseres på en systematisk evaluering av resultatene som oppnås i løpet av budsjettåret 2012.

² Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

Samhandlingsreformen er en retningsreform og vil fases inn over tid. Kommunene skal ivareta flere oppgaver og økonomiske insitamenter skal understøtte dette. Det er overført midler til kommunene for å gi eget tilbud til utskrivningsklare pasienter eller betale for ekstra døgn i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen for spesialisthelsetjenesten er å tilpasse aktiviteten i tråd med utvikling av tilbudet i kommunene. Oppbygging av heldøgns øyeblikkelig-hjelp-tilbud i kommunene er også å forstå som en oppgaveoverføring. Etablering av øyeblikkelig-hjelp-tilbud vil skje gradvis fram til 2016 da alle kommuner etter loven skal ha etablert et slikt tilbud. De økonomiske overføringene vil foregå parallelt med oppbyggingen. Hvorvidt dette vil medføre en tilsvarende reduksjon i etterspurte tjenester i spesialisthelsetjenesten vil avhenge av i hvilke grad det kommunale tilbudet faktisk benyttes som alternativ til dagens innleggelse. Det er viktig at dette følges nøye.

Når det gjelder kommunal medfinansiering må dette ses i et langsiktig perspektiv. Det vil gå tid før kommunene klarer å bygge opp egne tilbud, eventuelt forebygge, i et slikt omfang at behovet for spesialisthelsetjenester blir klart påvirket. Det er derfor viktig at en i aktivitetsvurderingene har realistiske mål.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	%endr. 10-11
Psykisk helsevern for voksne	14 568	14 795	15 074	15 566	15 497	-0,4
Psykisk helsevern for barn og unge	2 968	3 063	3 175	3 360	3 435	2,2
Psykisk helsevern samlet	17 536	17 858	18 249	18 926	18 932	0,0
Årlig vekst i prosent		1,8 %	2,2 %	3,7 %	0,0 %	

Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede kostnadene til psykisk helsevern for voksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) viser en markert vekst i perioden 2007-2011. Det er likevel verdt å merke seg at kostnadene ikke økte fra 2010 til 2011.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne i perioden 2007-2011 økte med om lag 25 prosent (økning fra 2010 til 2011 på 4 prosent). Samtidig ble antall oppholdsdøgn, i hele perioden, redusert med 4,0 prosent, mens reduksjonen fra 2010 til 2011 var 3 prosent.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	%endr. 10-11
Polikliniske konsultasjoner	988 418	1 098 898	1 139 706	1 191 836	1 239 625	4,0
Utskrivninger	47 681	49 195	50 727	52 201	52 763	1,1
Antall oppholdsdøgn	1 481 883	1 383 137	1 350 348	1 328 042	1 288 550	-3,0
Årlig forbruksvekst, prosent *		5,3	3,3	3,4	1,9	
Årlig demogr. drevet beh.vekst,		1,5	1,6	1,4	1,5	
Realvekst i prosent		3,9	1,7	1,9	0,4	

Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011. * Ved beregning av vekst i forbruk er utskrivninger og konsultasjoner veiet i forholdet 56/1 (tilsvarende forholdet mellom enhetskostnadene).

Det har det skjedd en aktivitetsmessig omstrukturering innen psykisk helsevern for voksne fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS, med økt vekt på poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Dette er i tråd med nasjonale prioriteringer innen psykisk helsevern.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2007-2011

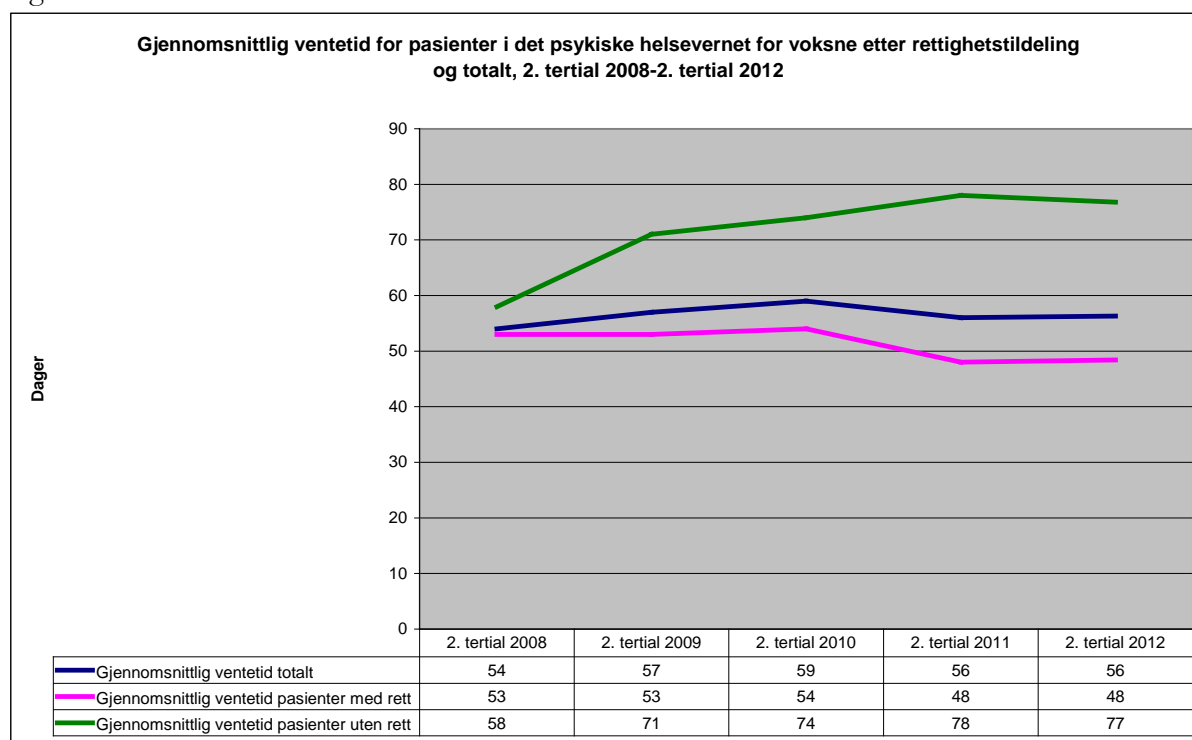
	2007	2008	2009	2010	2011	%-endr. 10-11
Behandlede pasienter	46 123	49 320	52 091	54 012	54 838	1,5
Polikliniske tiltak	717 160	808 814	842 111	906 640	915 965	1,0
Årlig forbruksvekst, prosent *		6,9	5,6	3,7	1,5	
Årlig demogr. drevet beh.vekst,		0,3	0,4	0,5	0,5	
Realvekst i prosent		6,6	5,2	3,2	1,1	

Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011.

* Forbruksvekst beregnet på grunnlag av økning i antall behandlede pasienter.

For psykisk helsevern for barn og unge er utviklingen siste år først og fremst preget av en betydelig realvekst i tilbudet: Antall behandlede pasienter økte med 19 prosent fra 2007 til 2011, antall polikliniske tiltak med 28 prosent. Det har først og fremst vært en sterk vekst i det polikliniske tilbudet. Det er imidlertid verdt å merke seg at økningen fra 2010 til 2011 var vesentlig lavere enn tidligere år.

Figur 3:

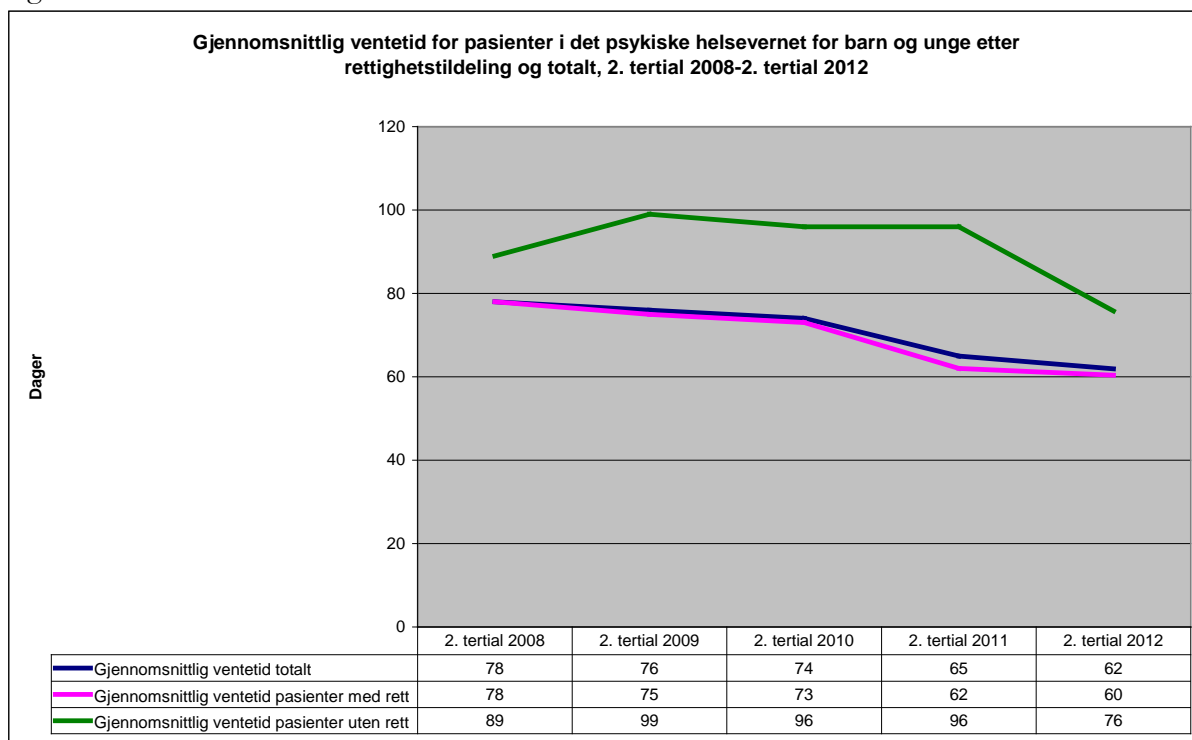


Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2012. Norsk pasientregister (Rapport IS-2025)

Til tross for ressurs- og aktivitetsmessig vekst viser ventetidene innen psykisk helsevern for voksne kun en beskjeden nedgang for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, mens det for pasienter uten rett har vært en økning. Dette kan indikere at det har vært en viss behovsvekst men at prioritering og rettighetsvurdering har vært stabil. Gjennomsnittlig ventetid totalt er 56 dager, det samme som per 2. tertial 2011.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 2008 til 2012. Reduksjonen er størst for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, men den faller også for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Andelen som innvilges rett til nødvendig helsehjelp i 2012 er den samme som i 2011 på 90 %. En svært stor andel av pasientene gis behandling innen 65 dager. Det er derfor viktig å følge med i ventetidsutviklingen.

Figur 4:



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2012. Norsk pasientregister (Rapport IS-2025)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2013-2014

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige er prioriterte områder nasjonalt og regionalt.

For psykisk helsevern for voksne er det fortsatt behov for å omstrukturere behandlingstilbudene for å oppnå tilstrekkelig faglig robuste behandlingstilbud på DPS-nivå. Dette omfatter ytterligere økning av poliklinisk aktivitet, noe det også er behov for ut fra at ventetidene innen psykisk helsevern fortsatt er lange. Det er videre viktig å stimulere til enda mer effektiv og aktiv pasientbehandling innen dette fagområdet.

Det vil være viktig å bedre tilgangen på legespesialister samt annet helsepersonell. Det bør også vurderes å bedre takstene for samhandling/ veiledning, rehabilitering og ambulant virksomhet.

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2011-2014 tilsvarer hhv. 1,6, 1,5 og 1,5 prosent per år i VOP og 0,4, 0,7 og 0,7 prosent per år i BUP.³

Videre vil nye behov og økt grad av behovsdekning påvirke aktivitetsbehovet. Her vil bl.a. endring i sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske

³ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

lidelser spille inn. Større åpenhet og økt andel eldre vil gi et økt behov innen alderspsykiatrien. Samarbeid med somatiske avdelinger må videreutvikles for mange pasientgrupper. Nye behandlingsmetoder generelt medfører i noen grad nye behandlingsbehov.

Det er også et mål både å redusere ventetidene ytterligere og å unngå fristbrudd. Ventetiden kan reduseres ved å minske omfanget av henvisninger fra primærhelsetjenesten og ved å flytte deler av virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (jf. samhandlingsreformen). Ventetiden kan også reduseres ved å gjøre endringer i aktivitetsprofilen til behandlingstilbudet. Det legges likevel til grunn at en reduksjon i ventetidene vil kreve ytterligere aktivitetsvekst.

Ut fra dette anslås en nødvendig realvekst i aktivitet for VOP på 1,5 prosent fra 2013 til 2014. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 3 prosent.

For perioden 2009-2011 var gjennomsnittlig realvekst innen VOP på 1,3 prosent, mens veksten i 2011 var under en prosent.

For BUP er anslaget for realvekst 2,3 prosent, slik at når demografisk vekst inkluderes, blir det samlede anslaget på 3 prosent.

For perioden 2009-2011 var gjennomsnittlig realvekst innen BUP på 3,2 prosent. Fra 2010 til 2011 var realveksten 1,1 prosent.

4.3. Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	%endr. 10-11
TSB/Rusbehandling	2 724	2 951	3 215	3 426	3 565	4,1
Årlig vekst i prosent		8,3 %	8,9 %	6,6 %	4,1 %	

Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011

I perioden 2007-2011 har ressursene til rusfeltet økt med 31 prosent, og fra 2010 til 2011 med 4,1 prosent. Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rusreformen og rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye plasser for døgntilrettelagt behandling. Den sterkeste veksten har imidlertid skjedd i form av polikliniske konsultasjoner.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2008-2010

	2007	2008	2009	2010	2011	% endr. 10-11
Døgnplasser		1 593	1 701	1 724	1 753	1,7
Registerbaserte årsverk		3 119	3 313	3 469	3 726	7,4
Oppholdsdøgn	569 139	576 819	575 525	574 167	590 252	2,8
Innleggelser	11 984	11 962	12 316	12 718	13 063	2,7
Polikliniske konsultasjoner	154 746	191 936	233 833	262 223	307 850	17,4
Årlig vekst i prosent *		8,3	8,9	6,6	4,1	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,2	1,3	1,2	1,3	
Realvekst i prosent		7,1	7,6	5,3	2,8	

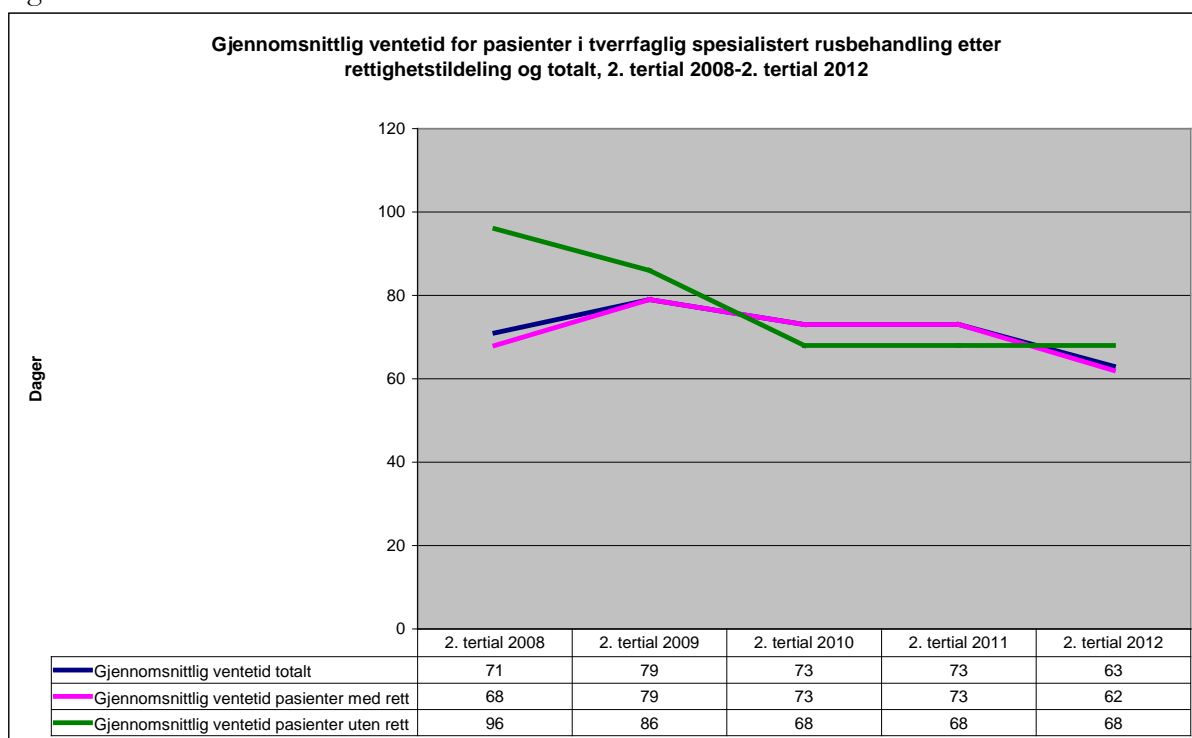
Kilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011. * Vekst beregnet på grunnlag av deflatert kostnad.

Eksisterende data på rusfeltet har fortsatt svakheter og sammenligninger mellom år må gjøres med forsiktighet. Det er innført obligatorisk registrering av aktivitetsdata fra 1. januar 2009. Dette har bidratt til en bedre oversikt og etter hvert et bedre grunnlag for fremskrivning av aktivitetsutviklingen.

Registerbaserte årsverk er økt fra 2008-2011 med 19 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingenheter.

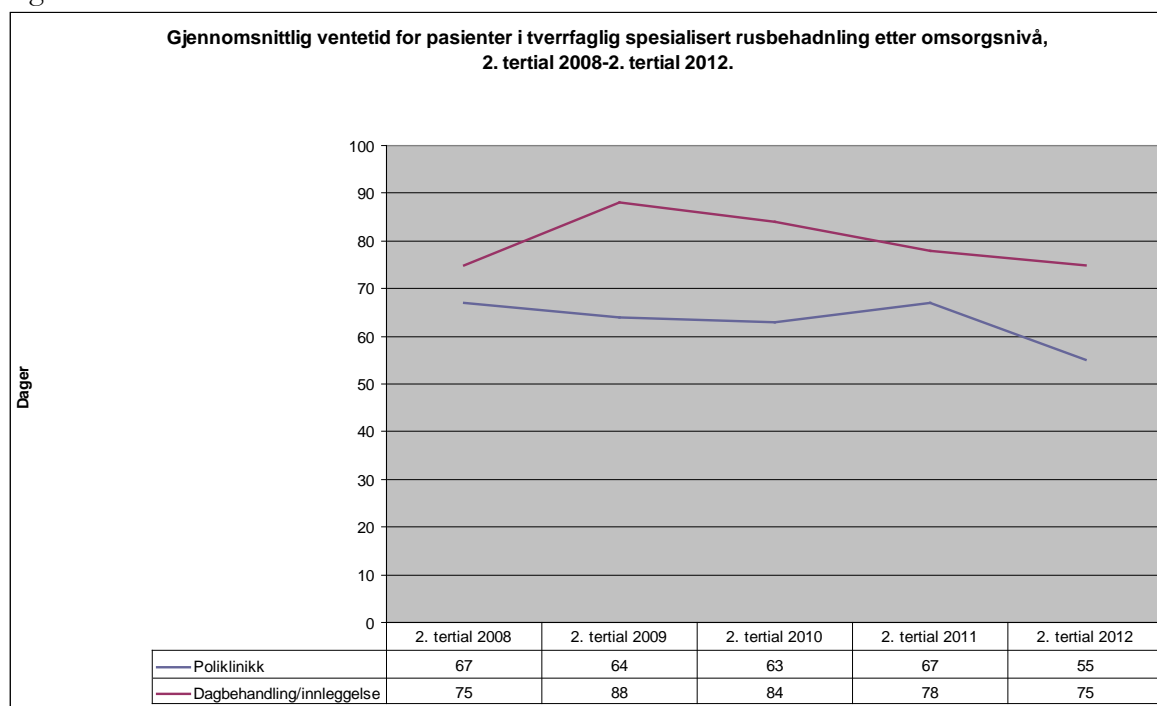
Kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser en økning i antall døgnplasser fra 2008-2011 på 10 prosent. Antall oppholdsdøgn økte i samme periode med 2 prosent, mens antall innleggelser er økt med 9 prosent. Polikliniske konsultasjoner var i 2011 nær det dobbelte av nivået i 2007.

Figur 5:



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2012. Norsk pasientregister (Rapport IS-2025)

Figur 6:



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2012. Norsk pasientregister (Rapport IS-2025)

Som det fremgår av figurene ovenfor er gjennomsnittlig ventetid for behandling fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2012 redusert for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp (omlag 82 % av alle pasienter). Det samme er tilfelle for pasientgruppen som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Utviklingen har således gått i en riktig retning. Årsakene til reduksjonen i ventetid for pasienter uten rett er uklare, men synes å være relatert til poliklinisk aktivitet hos private avtalepartnerne.

Ventetiden til dagbehandling/innleggelse er vesentlig lenger enn ventetiden for poliklinisk behandling.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2013-2014

Strukturen på dagens behandlingstilbud er til dels ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør fortsatt akuttfunksjoner (inkl avrusning og innleggelse etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes, jf. nasjonale strategier⁴ innen fagfeltet. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Det er viktig at alle tilbud er lokalt forankret.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse, må eksisterende tjenester fortsatt styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov.

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2011-2014 er beregnet til 1,3 prosent hvert år i perioden.⁵

⁴ Nasjonal strategigruppe 2, psykisk helsevern og TSB

⁵ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

Videre vil nye behov og økt grad av behovsdekning påvirke aktivitetsbehovet. Det gjelder bl.a. endring i sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og økt kompetanse i utredning og behandling. Det er samtidig et mål både å redusere ventetidene ytterligere og å unngå fristbrudd.

Realveksten for årene 2009-2011 var i gjennomsnitt på 5,2 prosent, mens realveksten fra 2010 til 2011 var 2.8 prosent.

Fra 2013 til 2014 anslås en realvekst i aktivitet på 1,7 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir det dermed det samlede anslaget på 3 prosent.

Økt ressurstilgang i form av økonomisk innsats, flere legestillinger og annet helsepersonell vil være sentralt.

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2014

Implementering av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en retningsreform og skal gjennomføres over tid. Gjennom reformen skal det legges til rette for en mer sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste. Det skal legges større vekt på forebygging og flere pasienter skal få tilbud i kommunene. For spesialisthelsetjenesten vil det være viktig å kunne:

- bidra til oppbygging av kompetanse i kommunene og sette kommunene i stand til å ivareta nye oppgaver
- utvikle egne tjenester i tråd med reformen – bli mer spesialisert
- tilpasse egne tjenester i tråd med utvikling og oppbygging av tjenester i kommunene
- ha fokus på tjenestene som ikke er omfattet av økonomiske insitamenter – psykisk helsevern og rus
- sammen med kommunene utvikle elektroniske løsninger for all samhandling om pasienter

Pasientsikkerhet

Det bør utvikles en plan for oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet etter at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen avsluttes i 2013. Det vil være hensiktsmessig at kampanjen følges opp med gjennomføring av tiltak raskest mulig da disse vil kunne gi både økonomiske gevinster og pasientnytte. E-læring kan være et aktuelt verktøy for kompetanseheving. Et kompetanseprogram kan evt. gjennomføres i en landsomfattende regi og organiseres i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunchelsetjenesten

Behov for en felles nasjonal satsing innen IKT-området

En rekke forhold tilsier at det er behov for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren – i tillegg til de pågående IKT-satsninger i de ulike delene av sektoren. I dag er det strenge regler knyttet til overføring av pasientinformasjon mellom virksomheter. Enkel tilgang til pasientens pasientjournal hvor man kan både sende, dele og hente informasjon på tvers av virksomheter antas å kunne gi store gevinster for både pasienter og helsepersonell.

Målet for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren må være at pasientforløpene på tvers av nivåer og institusjoner i helse- og omsorgstjenesten følges av elektronisk pasientinformasjon. En slik satsing vil ha stor betydning både for pasientsikkerheten og for effektivitet i helsetjenesten, men innebærer en rekke komplekse og omfattende utfordringer som vil kreve statlig finansiering og tilstrekkelig gjennomføringstid.

Utvikling og innføring av nasjonale løsninger må gjennomføres og implementeres i hele helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder prosjektene; (1) nasjonal helseportal, (2) nasjonal kjernejournal (3) eResept og (4) forenkling av strukturen for meldingsbasert elektronisk kommunikasjon etter mønster fra Bankenes betalingsentral. De regionale helseforetakene har et varierende behov for konsolidering for å legge til rette for at de nasjonale initiativene kan implementeres i de enkelte regionale foretakene.

Realisering av dette krever et nasjonalt løft for investeringsmidler innen IKT. I lys av Samhandlingsreformen bør det gjennomføres en bred nasjonal gjennomgang av (1) pasientforløp på tvers av virksomheter, (2) helsepersonells behov for legitim tilgang til relevant medisinsk informasjon, og (3) pasientens behov for å settes i sentrum for informasjon om egen helse. Det bør i tillegg vurderes regionale prosjekter knyttet til pasientflyt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helseforetakene.

Opphør eller reduksjon av tredjeparts finansiering

Som en følge av oppgaveoverføringer fra trygdeetaten er det i dag slik at helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part, hovedsakelig kommunesektoren.

Dette er kostnader som helseforetakene ikke kan påvirke, de legger beslag på ressurser i helseforetakene og bidrar ikke til god økonomistyring. Vi viser i denne forbindelse spesielt til, Pasienttransport til primærhelsetjenesten (kommune interne turer) og betaling for primærhelsetjenestens bruk av laboratorier.

Det bes med dette om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart, kartlegges og gjennomgås.

6. Særlige forhold som Helse Vest RHF ønsker å spille inn

I Helse Bergen pågår arbeidet med å realisere fase 1 i det planlagte barne- og ungdomssenteret (BUSP). Departementet har innvilget lån til dette prosjektet med en låneramme på 700 mill. kr (2009 kr). Parallelt med bygging av første del av BUSP planlegges det for fase 2 i prosjektet.

I Helse Stavanger pågår arbeid med en samlet utviklingsplan for helseforetaket. Det er behov for et større utbyggingsprosjekt for bl.a. å ta høyde for forventet aktivitetsvekst som følge av stor befolkningsvekst i foretaksområdet. Det utredes flere utbyggingsalternativer.

Det vil være behov for lånefinansiering av fase 2 i BUSP-prosjektet i Helse Bergen og til utbygging i Helse Stavanger.

Helse Vest komme tilbake med en nærmere presentasjon av prosjektene.

Med hilsen

Herlof Nilssen
adm. direktør

Hans K. Stenby
plansjef