

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

2009/469 - 4382/2013

Hans K. Stenby, 51 96 38 17

20.11.2013

Innspill til statsbudsjettet for 2015

Innledning

Det vises til Oppdragsdokumentet 2013 til Helse Vest RHF. Helse Vest bes her komme med innspill til statsbudsjettet for 2015 innen 10.12.2013.

De fire regionale helseforetakene har samarbeidet om dette og i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2015 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB).

Helse Vest gir på denne bakgrunn følgende innspill:

1. Sammendrag og konklusjon

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2015 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2015.

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovene for tjenester. Det vil også være viktig å øke innsatsen innen forskning og utvikling og å øke investeringer i bygg og utstyr. Dette setter også 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 kostnadskrevenne behandlingsmetoder og et ønske om kortere ventetid.

Analysene i dette innspillet er gjennomført på 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 målrette sin innsats slik at mål og krav kan nås.

Vurderingene i innspillet baseres på følgende tilnærming:

Demografisk betinget ressursvekst:

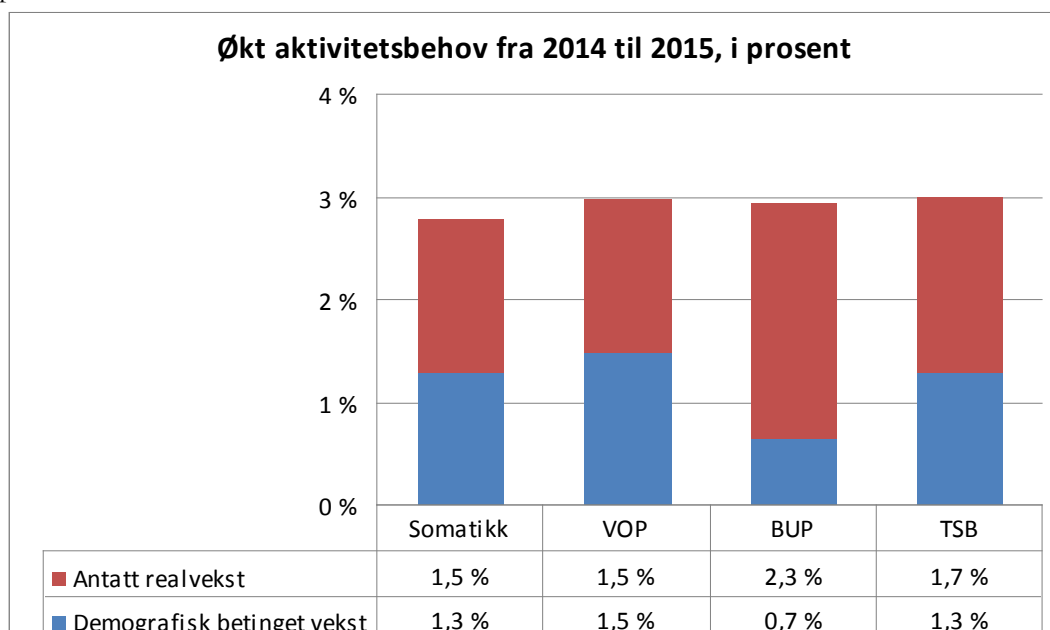
Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2014 til 2015, der Magnussen utvalgets behovsindekser brukes til å vekte befolkningen i de fire regionene.

Realvekst:

Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som forventes. Realveksten er en sum av flere forhold. Økt andel eldre medfører økt behov for tjenester. Vekst oppstår også blant annet som følge av at nye – og ofte kostnadskrevene – behandlingsmetoder tas i bruk, behandlingsmulighetene øker, indikasjon for behandling endres. På enkelte områder er det ønske om økt kapasitet. I denne sammenheng vurderes også ventetidsutviklingen innen det enkelte tjenesteområde 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 2014 til 2015 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Økningen for somatiske tjenester anslås til 2,8 prosent. For psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn samt TSB anslås veksten til 3 prosent.

Figur 1: Aktivitetsbehov 2014-2015 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.



I tillegg kommenterer de regionale helseforetakene følgende tema:

Implementering av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen skal legge 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 bidra til oppbygging av kompetanse i kommunene og sette kommunene i stand til å ivareta nye oppgaver, utvikle egne tjenester i tråd med reformen og utvikle elektroniske løsninger som understøtter samhandlingen. Dersom økonomiske virkemidler skal videreføres, må det utvikles virkemidler også innenfor psykisk helsevern, TSB og rehabilitering. Takstsystem og andre virkemidler må bidra til mer ambulant virksomhet og fjernkonsultasjoner innen alle tjenesteområder.

Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi og legemidler

Det er betydelige kostnader knyttet til innføring av ny teknologi og legemidler. Videre er det et økende antall kreftpasienter som sendes til utlandet for protonterapi/partikkelterapi. Nye bruksområder vil øke behov/etterspørsel for biologiske legemidler og spesialisthelsetjenesten har fått finansieringsansvaret for flere slike legemidler. Bruken og kostnadene er økende og det vurderes å utvide ordningen.

Opphør eller reduksjon av tredjeparts finansiering

Som en følge av oppgaveoverføringer fra trykdeetaten 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. Det bes om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart, kartlegges og gjennomgås.

Økte pensjonskostnader og ISF-sats

De regionale helseforetakene er i foretaksmøte bedt om å ta hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning. De fire regionale helseforetakene har avtalt løsninger for dette i 2012-2014. Dette er ikke en god permanent løsning og helseregionene ber med dette om at konsekvensene av at ISF-satsen ikke lenger dekker 40 % av beregnede kostnader håndteres i den nasjonale tildelingen av midler, primært ved at ISF-satsene oppdateres eller gjennom omfordeling i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

Konsekvenser av endret lovverk og behov for nye løsninger for samhandling på tvers

Oppfølging av regjeringens satsning på modernisering av helsetjenestene gir store behov for rask omstilling og utvikling av nye tjenester basert på IKT. Målet er å understøtte samhandling og utveksling av informasjon på tvers av enheter og nivåer og dermed legge grunnlag for god behandling og helhetlige pasientforløp. Utvikling og innføring av nasjonale løsninger må gjennomføres og implementeres i hele helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder særlig prosjektene; Nasjonal helseportal og Nasjonal kjernejournal. Til disse prosjektene vil det være behov for finansiering av det sentrale utviklingsarbeidet og det regionale og lokale integrasjons- og innføringsarbeidet. Det bemerkes også at deler av RHF-strukturen har en aldrende og fragmentert IKT-infrastruktur og det er et etterslep i investeringsbehovet.

2. Innledning

I henhold til oppdragsdokumentet for 2013, punkt 8 *Oppfølging og rapportering*, skal de regionale helseforetakene innen 10. desember 2013 gi innspill til statsbudsjettet for 2015.

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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling (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 ressurser 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 for tjenester, ønske om økt aktivitet på noen områder og som følge av at nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder tas i bruk.

Analysene i dette innspillet er gjennomført på aggregert nivå. Vi mener at den overordnede tilnærmingen 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. 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 mål og krav kan nås.

For alle de tre tjenesteområdene vurderes relevante faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet frem til 2015:

Demografisk betinget vekst:

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2014 til 2015, hvor Magnussen utvalgets behovsindekser brukes til å vekte befolkningen i de fire regionene

Realvekst:

Vekst utover det som er demografisk betinget, er knyttet til nye behov, behov for økt kapasitet på områder 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 for tjenester. Behov for vekst oppstår også blant annet som følge av at nye – og ofte kostnadskrevenne – behandlingsmetoder tas i bruk, behandlingsmulighetene øker og indikasjon for behandling endres. På enkelte områder er det også ønske om bedre 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 aktivitetsbehovet.

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 sykelig 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.

Det er viktig at arbeidet med implementering av prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne videreføres og at arbeidet med å etablere og drive de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene 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 2015

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2015 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 2009-2012

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 forbruksveksten i 2010 var lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten. I 2010 var det dermed en negativ realvekst. Realveksten i 2011 og 2012 var svakt positiv.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng	1 293 805	1 299 443	1 325 726	1 355 259
Årlig forbruksvekst, prosent		0,4	2,0	2,2
Årlig behov, behovjustert folkemengde	4 799 810	4 858 199	4 919 769	4 984 970
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent		1,2	1,3	1,3
Realvekst i forbruk, prosent		-0,8	0,8	0,9

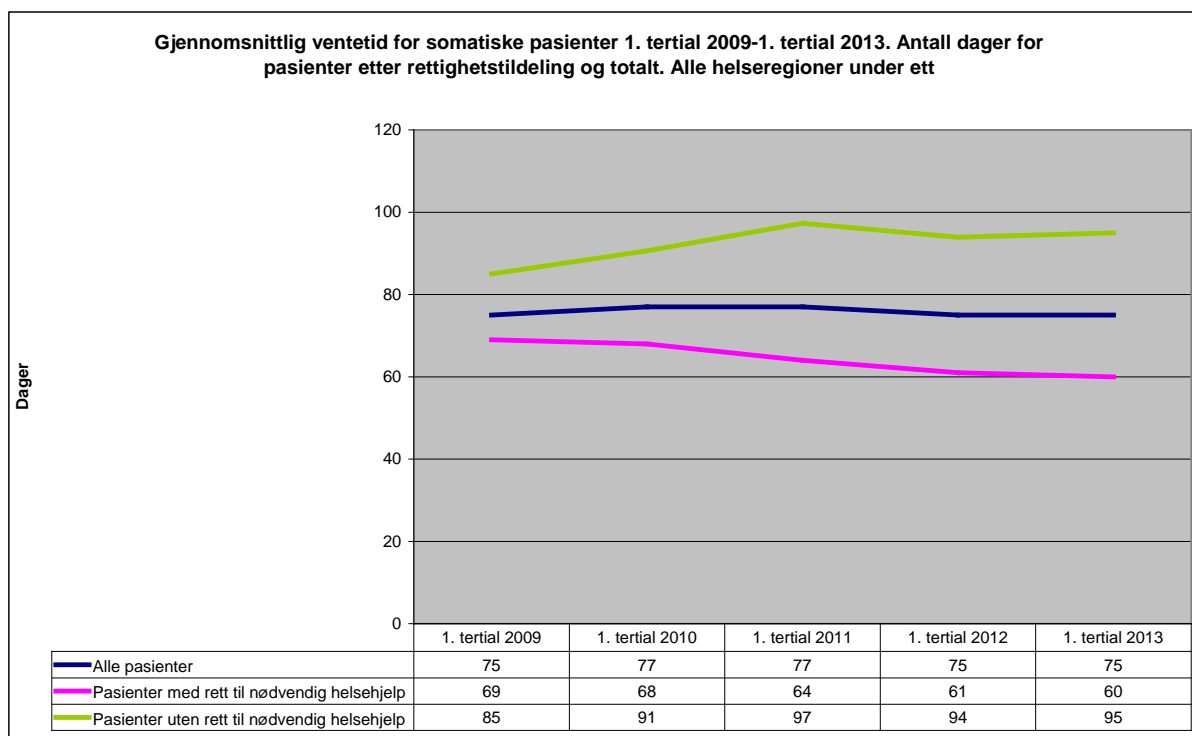
Ventetider, fristbrudd og behovsdekning

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 bedre tjenester, såfremt det dreier seg om sammenlignbare pasienter, dvs. at prioriteringer og henvisningskriterier er uendret. I denne sammenheng kan bl.a. følgende anføres:

- I perioden 2009-2013 er den totale gjennomsnittlige ventetiden for somatiske pasienter uendret. Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har i samme periode blitt redusert fra 69 til 60 dager.
- Fra 2009 til 2013 har ventetiden for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp økt fra 85 til 95 dager. Utviklingen for denne gruppen har dermed vært utilfredsstillende. Gruppen pasienter uten rett er relativt stor.
- Andelen av rettighetspasientene i somatisk sektor som opplever fristbrudd har falt fra 8 prosent pr. 1. tertial 2012 til 6 prosent ett år senere¹. Andelen fristbrudd har vist en betydelig nedgang de senere årene.

Ventetidsutviklingen fra 2009 til 2013 innen somatisk spesialisthelsetjeneste på landsbasis fremgår av figuren nedenfor.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for somatiske pasienter avviklet fra venteliste, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2013



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

Ventetiden vil evt. kunne reduseres ved å minske omfanget av henvisninger fra kommunehelsetjenesten, ved å flytte deler av kontrollvirksomhet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (jf. samhandlingsreformen) samt øke aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2014-2015

¹ Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2012-2015 tilsvarende 1,3 prosent pr år².

Nye behov og et bedre tilbud 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 få nye behandlingsbehov. Når det i tillegg tas hensyn til helsepolitisk opprioritering av enkelte pasientgrupper og økt andel eldre, medfører dette en behovsvekst ut over den som 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, vil også kreve økt aktivitet - utover det som er demografisk betinget.

Behovet for realvekst anslås til å være 1,5 prosent, slik at når demografisk betinget vekst inkluderes, blir samlet behov for aktivitetsvekst innen somatikk fra 2014 til 2015 på 1,8 prosent.

I henhold til signalisert aktivitetsvekst i statsbudsjett for 2013, 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 budsjettårene 2012 og 2013.

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 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	%-endr. 11-12
Psykisk helsevern for voksne	15 726	16 202	16 066	16 303	1,5
Psykisk helsevern for barn og unge	3 313	3 501	3 568	3 625	1,6
Psykisk helsevern samlet	19 039	19 703	19 634	19 928	1,5
Årlig vekst, prosent		3,5	-0,4	1,5	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012

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

² Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

(BUP) viser en tydelig vekst i perioden 2009-2012. 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 2009-2012 økte med om lag 13 prosent (økning fra 2011 til 2012 på 4,2 prosent). Samtidig ble antall oppholdsdøgn, i hele perioden, redusert med 9,5 prosent, mens reduksjonen fra 2011 til 2012 var 5 prosent.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	%-endr. 11-12
Polikliniske konsultasjoner	1 139 706	1 191 836	1 239 625	1 292 093	4,2
Utskrivninger	50 727	52 201	52 835	53 517	1,3
Antall oppholdsdøgn	1 350 348	1 328 042	1 288 550	1 221 998	-5,2
Årlig forbruksvekst, prosent *		3,4	2,0	2,2	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,4	1,5	1,6	
Realvekst, prosent		2,0	0,5	0,6	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012.

* 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 2009-2012

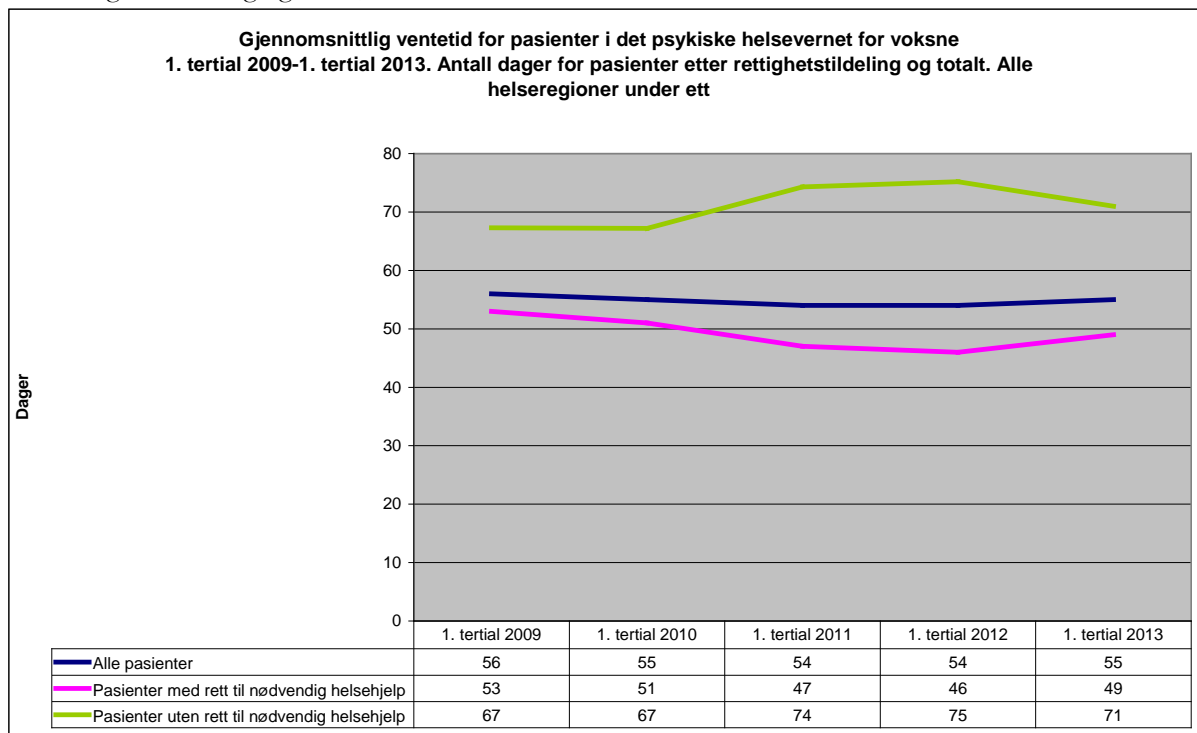
	2009	2010	2011	2012	%-endr. 11-12
Behandlede pasienter	52 091	54 012	54 838	55 582	1,4
Polikliniske tiltak	842 111	906 640	915 965	927 202	1,2
Årlig forbruksvekst, prosent *		3,7	1,5	1,4	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		0,5	0,5	0,4	
Realvekst, prosent		3,2	1,1	1,0	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012.

* 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 realvekst i tilbudet: Antall behandlede pasienter økte med 7 prosent fra 2009 til 2012, antall polikliniske tiltak med 10 prosent. Det har først og fremst vært en sterk vekst i det polikliniske tilbudet. Økningen fra 2010 til 2012 har imidlertid vært vesentlig lavere enn tidligere år.

Figur 3: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for voksne, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2013

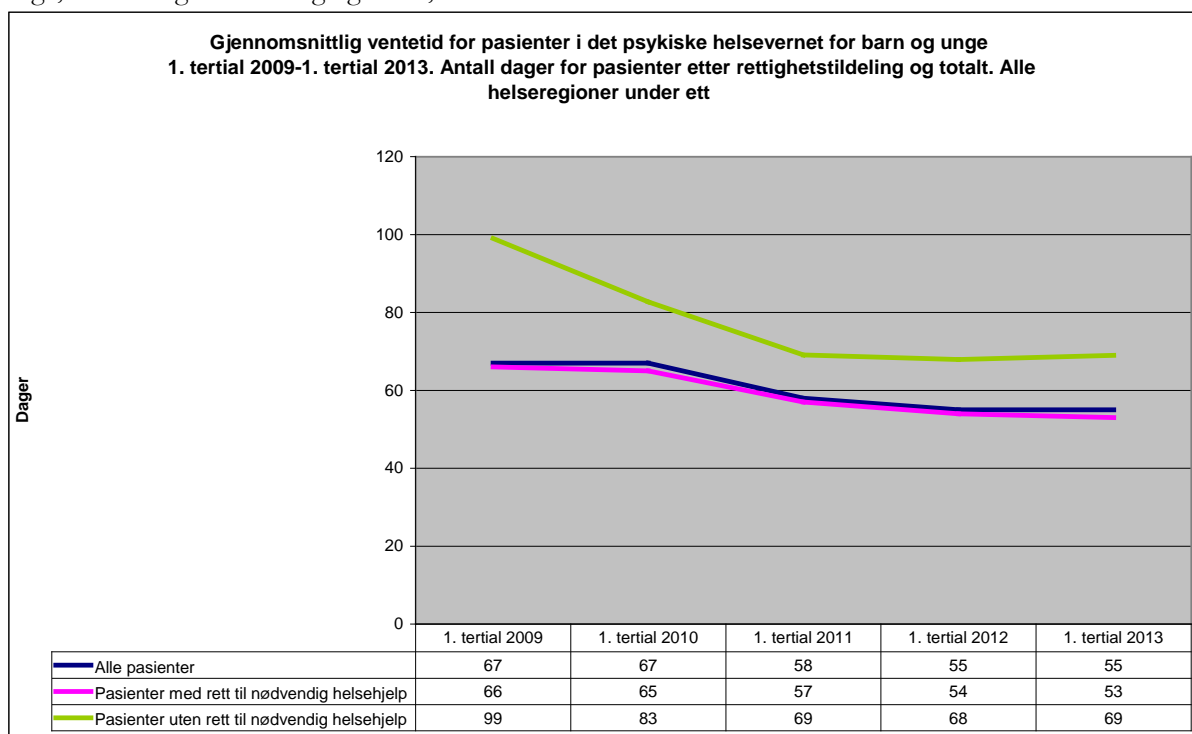


Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

Til tross for ressurs- og aktivitetsmessig vekst er ventetidene innen psykisk helsevern for voksne stabile. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2013 er 55 dager, en dag lavere enn på samme tidspunkt i 2009. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har ventetiden gått noe ned, mens det for pasienter uten rett har vært en økning.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 2009 til 2013. Reduksjonen er størst for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, men denne gruppen omfatter kun en liten andel av pasientene. Ventetiden reduseres imidlertid også for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Flesteparten av pasientene gis behandling innen 65 dager.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2013



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

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 fortsatt omstilling og god utnyttelse av ressursene i samarbeid med kommunene.

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 2012-2015 tilsvarer 1,5 % pr år i VOP og 0,7 % per år i BUP.³ Her vil bl.a. endring i sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser spille inn og påvirke aktivitetsbehovet. 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 økt aktivitet.

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 2014 til 2015. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 3 prosent.

³ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

For perioden 2009-2012 var gjennomsnittlig realvekst innen VOP på 1 prosent, mens veksten fra 2011 til 2012 var 0,6 prosent.

For BUP er anslaget for realvekst fra 2014 til 2015 2,3 prosent, slik at når demografisk vekst inkluderes, blir det samlede anslaget på 3 prosent.

For perioden 2009-2012 var gjennomsnittlig realvekst innen BUP på 1,8 prosent. Fra 2011 til 2012 var realveksten 1 prosent.

4.3. Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
TSB/Rusbehandling	3 354	3 577	3 695	3 840
Årlig vekst, prosent		6,6	3,3	3,9

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012

I perioden 2009-2012 har ressursene til rusfeltet økt med 15 prosent, og fra 2011 til 2012 med 4 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. Fra rusreformens start i 2004 har det vært en betydelig økning i antall henvisninger og 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 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	% endr. 11-12
Døgnplasser	1 701	1 724	1 752	1 680	-4,1
Registerbaserte årsverk	3 313	3 469	3 771	3 914	3,8
Oppholdsdøgn	575 525	574 167	590 252	585 240	-0,8
Innleggelser	12 316	12 718	13 063	13 028	-0,3
Polikliniske konsultasjoner	233 833	262 223	307 850	342 347	11,2
Årlig vekst, prosent *		6,6	3,3	3,9	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,2	1,3	1,3	
Realvekst, prosent		5,4	2,0	2,6	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012.

* Vekst beregnet på grunnlag av deflatert kostnad.

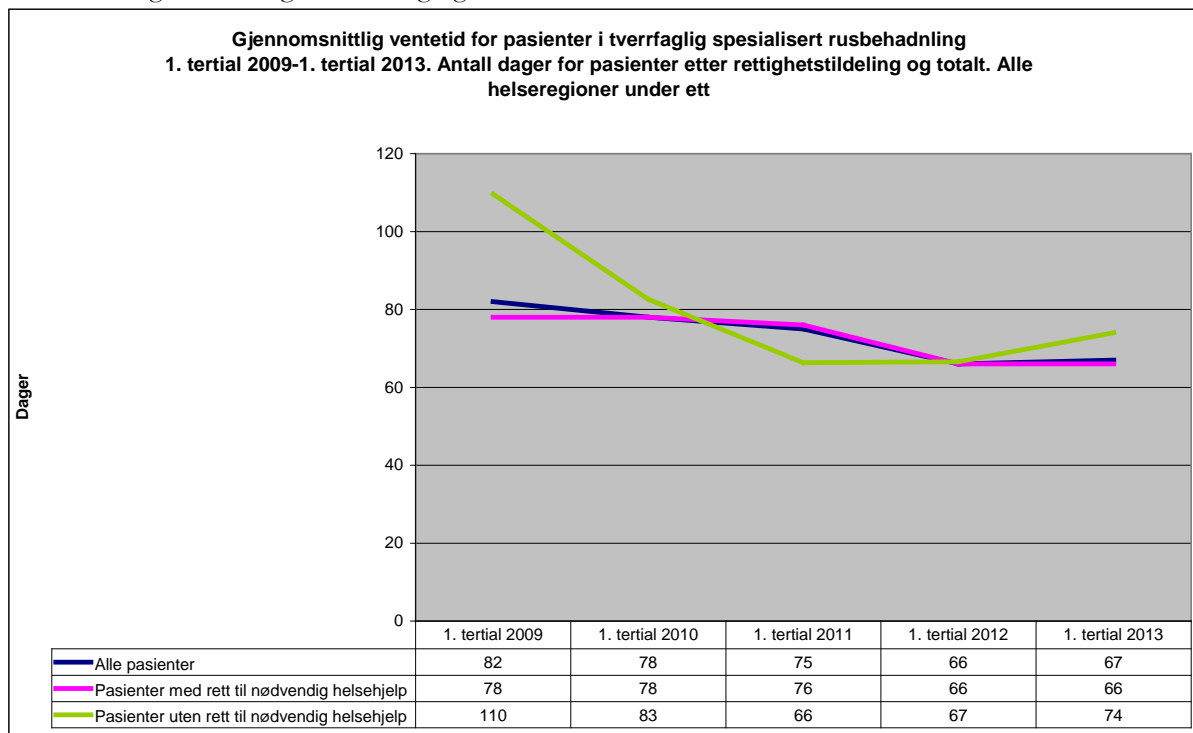
Eksisterende data på rusfeltet har fortsatt svakheter og sammenligninger mellom år må gjøres med forsiktighet. Det er innført obligatorisk registrering av aktivitetsdata fra 1. januar 2009. Dette har bidratt til en bedre oversikt og etter hvert et bedre grunnlag for fremskrivning av aktivitetsutviklingen.

Registerbaserte årsverk er fra 2009-2012 økt med 18 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingssenheter.

Veksten i døgnplasser som en så de første årene etter 2004 har nå flatet ut og det har vært et relativt stabilt antall døgnplasser fra 2009 til 2012. Fra 2011 til 2012 har det vært en nedgang tilsvarende 4 prosent. Antall oppholdsdøgn har fra 2009 til 2012 økt med 1,7 prosent, fra 2011 til 2012 har det vært en svak nedgang, tilsvarende 0,8 prosent.

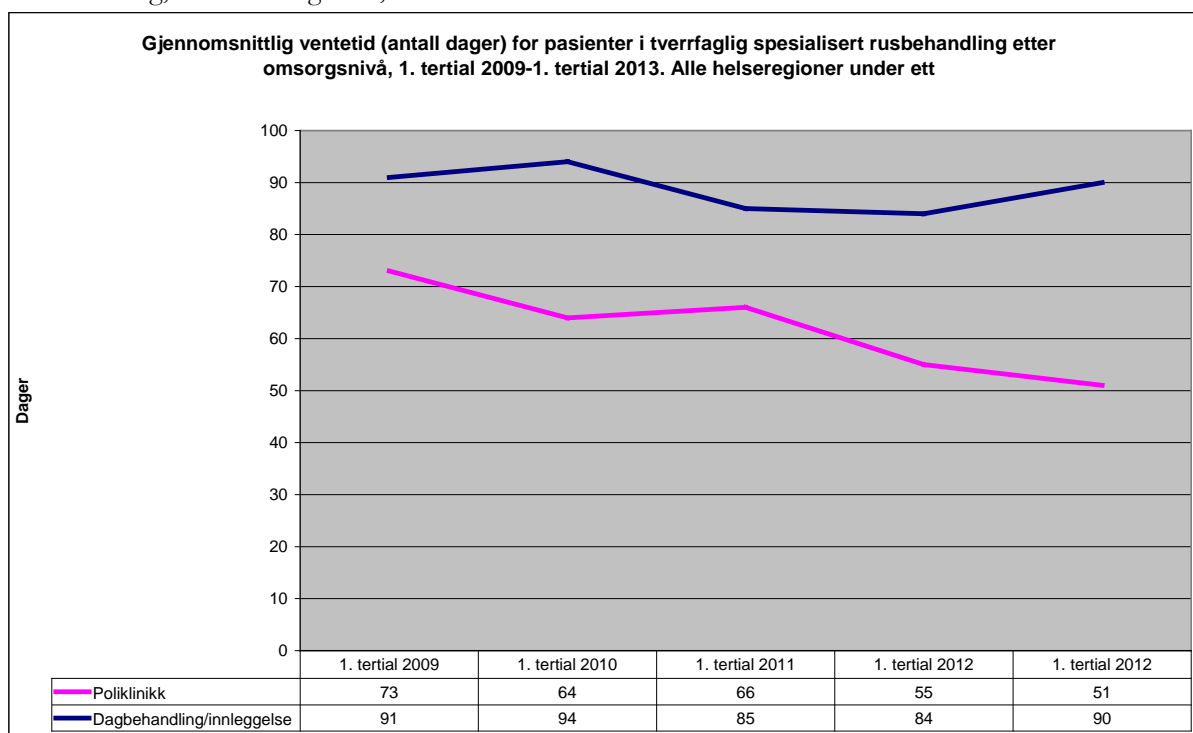
Hovedbildet for øvrig er at antall innleggelser har vært stabilt de sist årene, mens den polikliniske behandlingen øker betydelig. Fra 2009 til 2012 har antallet polikliniske konsultasjoner økt med hele 46 prosent.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2013



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

Figur 6: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter omsorgsnivå, 1. tertial 2009-1. tertial 2013



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2013. Norsk pasientregister (Rapport IS-0383)

Som det fremgår av figurene ovenfor er den gjennomsnittlige ventetiden for behandling redusert fra 1. tertial 2009 til 1. tertial 2013. Dette gjelder både for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp (omlag 83 % av alle pasienter innen TSB innvilges rett til nødvendig helsehjelp). Ventetiden til

dagbehandling/innleggelse er vesentlig lenger enn ventetiden for poliklinisk behandling. Totalt sett har imidlertid utviklingen gått i riktig retning

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2014-2015

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 innleggelser 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 2012-2015 er beregnet til 1,3 prosent hvert år i perioden.⁵

Endring i sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og økt kompetanse i utredning og behandling kan påvirke aktivitetsbehovet. Det er samtidig et mål både å redusere ventetidene ytterligere og å unngå fristbrudd.

Realveksten for årene 2009-2012 var i gjennomsnitt på 3,3 prosent, mens realveksten fra 2011 til 2012 var 2,6 prosent.

Fra 2014 til 2015 anslås en realvekst i aktivitet på 1,7 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir 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 2015

Implementering av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en rettingsreform 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
- Sammen med kommunene utvikle elektroniske løsninger for all samhandling om pasienter
- Gjennom takstsystem og andre virkemidler bidra til mer ambulant virksomhet og fjernkonsultasjoner innen alle tjenesteområder.

Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi og legemidler

Det er betydelige kostnader knyttet til innføring av ny teknologi og legemidler, bl.a. kreft- og biologiske legemidler og væskebasert cytologi. Videre er det et økende antall kreftpasienter som sendes til utlandet for protonterapi/partikkelterapi. Nye bruksområder vil øke behov/etterspørsel for biologiske legemidler og spesialisthelsetjenesten har fått finansieringsansvaret for flere slike legemidler, også til bruk utenfor sykehus. Bruken og kostnadene er økende og det vurderes å utvide ordningen.

⁴ Nasjonal strategigruppe 2, psykisk helsevern og TSB

⁵ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

Opphør eller reduksjon av tredjeparts finansiering

Som en følge av oppgaveoverføringer fra trykdeetaten er det i dag slik at helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part, hovedsakelig kommunesektoren. Dette omfatter bl.a. pasientreiser, behandlingshjelpemidler, laboratorie- og bildediagnostiske tjenester mv.

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.

Økte pensjonskostnader og ISF-sats

I foretaksmøteprotokollene (30./31.01.12) punkt 4.2 står det følgende:

"Pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret

ISF-refusjonen er ment å dekke om lag 40 pst. av gjennomsnittlige kostnader eksklusive kapitalkostnader. Analyser av ISF-satsens dekningsgrad viser at ISF-refusjonen nå dekker om lag 34 pst. av kostnadene og at basisbevilgningen dekker en tilsvarende høyere andel av kostnadene. Årsaken til denne utviklingen er at de regionale helseforetakene har fått kompensert enkelte merkostnader gjennom økte basisbevilgninger, berunder økte pensjonskostnader og gjennomføring av ny inntektsfordelingsmodell.

- Foretaksmøtet ba Helse xxxxxx RHF ta hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning."

De fire helseregionene er blitt enige om å løse dette i 2012, 2013 og 2014 gjennom et eget avtalt oppgjør. Dette er ikke en god permanent løsning og helseregionene ber med dette om at konsekvensene av at ISF-satsen ikke lenger dekker 40 % av beregnede kostnader håndteres i den nasjonale tildelingen av midler.

- Primært foreslås dette løst ved at ISF-satsene oppdateres slik at hele økningen i pensjonskostnadene blir tatt hensyn til i ISF-satsen.
- Sekundært foreslås det å foreta en omfordeling i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen på samme måte som kapitalkostnadene knyttet til gjestepasientoppjøret håndteres i dag

Konsekvenser av endret lovverk og behov for nye løsninger for samhandling på tvers

Oppfølging av regjeringens satsning på modernisering av helsetjenestene, Meld. St 9-2013 – "En innbygger, en journal", Meld. St. 10 – "God kvalitet – trygge tjenester", og Meld. St. 11 - "Personvern – utsikter og utfordringer", gir store behov for rask omstilling og utvikling av nye tjenester basert på IKT.

Med utgangspunkt i de nevnte stortingsmeldingene, vil målet for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren være å understøtte samhandling og utveksling av informasjon på tvers av enheter og nivåer og dermed legge grunnlag for god behandling og helhetlige pasientforløp.

Utvikling og innføring av nasjonale løsninger må gjennomføres og implementeres i hele helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder særlig prosjektene; Nasjonal helseportal og Nasjonal kjernejournal. Til disse prosjektene vil det være behov for finansiering av det sentrale utviklingsarbeidet og det regionale og lokale integrasjons- og innføringsarbeidet. I Meld. St. 9 (2013 – 2014) er det sagt at meldingsbasert elektroniske kommunikasjon skal tas i bruk av alle aktørene i helse- og omsorgssektoren innen (utgangen av) 2014. Dette er et omfattende arbeid. Skal samfunnet lykkes med denne ambisjonen, må det påregnes at økt finansiering kan bli nødvendig. Det bemerkes også at deler av RHF-strukturen har en aldrende og fragmentert IKT-infrastruktur og det er et etterslep i investeringsbehovet.

6. Innspill fra Helse Vest RHF

I tillegg til de felles innspillene ovenfor vil Helse Vest for egen del legge til følgende:

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. Det foreligger nå en konseptrapport for BUSP 2 som omfatter barn og unge (somatikk) og fødende. Investeringskostnaden for BUSP 2 er beregnet til 2 978 mill. kr.

I Helse Stavanger er det 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. Arbeidet med konseptfasen er startet opp.

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