

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref:

2009/469 - 5725/2014

Saksbehandler:

Hans K. Stenby 51 96 38 17

Dato:

23.11.2014

Innspill til statsbudsjettet for 2016

Innledning

Det vises til protokoll fra foretaksmøte i Helse Vest RHF 7. jan. 2014. Av vedlegg 1 fremgår det at frist for innsending av innspill til statsbudsjettet for 2016 er 1. des. 2014.

De fire regionale helseforetakene har samarbeidet om innspill til statsbudsjettet som tidligere og i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2016 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusavhengige (TSB).

Saken blir behandlet av styret i Helse Vest RHF 8. des. 2014. Styrets vedtak vil bli ettersendt.

Helse Vest vil gi følgende innspill:

1. Sammendrag og konklusjon

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2016 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2016.

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 krav til økte ressurser og mer effektiv bruk av ressursene.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler 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 vekst:

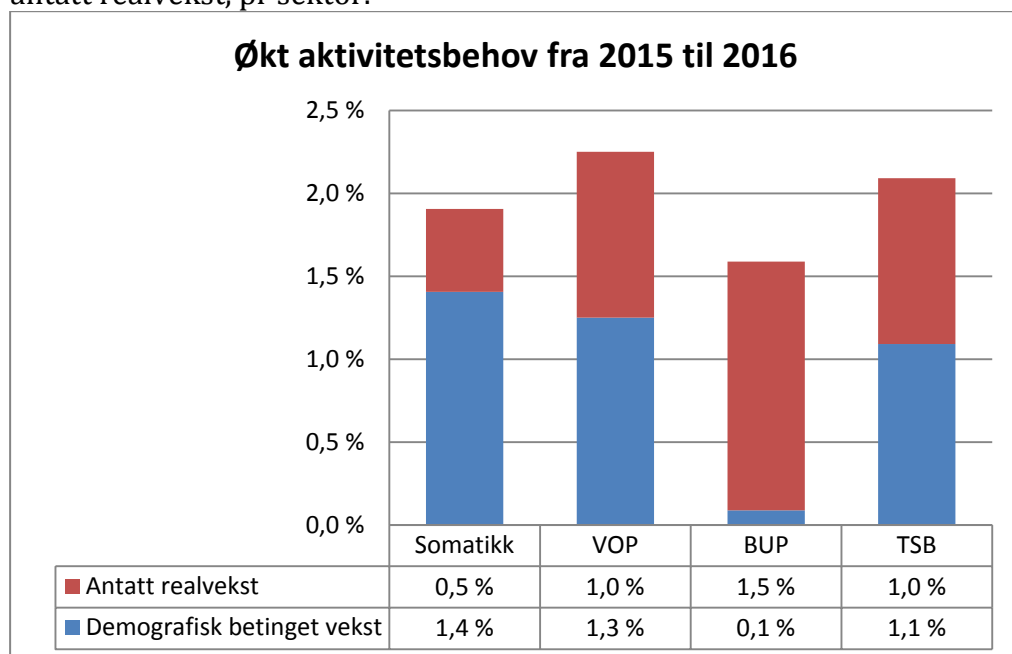
Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2015 til 2016, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes.

Realvekst:

Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som forventes. Realveksten er en sum av flere forhold. Sterk vekst i de eldste aldersgruppene som forbruker relativt sett mer spesialisthelsetjenester enn yngre. Vekst oppstår også blant annet som følge av at ny teknologi og nye – og ofte kostnadskrevenne – behandlingsmetoder og legemidler tas i bruk og 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 bør 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 2015 til 2016 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Økningen for somatiske tjenester anslås til 1,9 prosent. For psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom anslås veksten til 2,3 og 1,6 prosent. For TSB anslås veksten til 2,1 prosent.

Figur 1: Aktivitetsbehov 2015-2016 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.



I tillegg kommenterer de regionale helseforetakene følgende tema:

Økt innsats for digital fornying

Gode digitale løsninger er viktig for å sikre god behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Det er behov for et IKT-løft innen hele helsesektoren. Økt innsats på dette området vil være svært kostnadskrevenende

Nye kostbare medikamenter

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre legemidler. Etterspørsel og anvendelse på nye områder gir økte kostnader som må reflekteres i årlig bevilgning.

Endring legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak

Endringene i spesialitetsstrukturen slik det er foreslått i høringsnotatet vil gi økte kostnader siden det blir dupliseringer i vaktordningen og de som ivaretar vaktordningen har høyere lønn. I tillegg vil det være endring i akuttmottak /prehospitale tjenester som blir kostnadsdrivende.

Forutsigbarhet i finansieringsregimet

Det er sentralt at samlet finansiering av spesialisthelsetjenesten gir forutsigbarhet og stabile rammer for planlegging, drift og utvikling av tjenesten. Her nevnes særskilt andel ISF i forhold til basisfinansiering, kvalitetsbasert finansiering og fritt behandlingsvalg.

Opphør eller reduksjon av tredjeparts finansiering

Det bes om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart, kartlegges og gjennomgås for å sikre samsvar mellom faglig og økonomisk ansvar.

Ønsket vekst innen TSB og psykisk helsevern bør måles i form av aktivitet og resultat

Kravet om større vekst i aktivitet bør ikke forhindre god total ressursstyring, noe som må skje på grunnlag av resultater i pasientbehandlingen og ikke i økte kostnader.

Enhetsrefusjon ISF dekker ikke angitt prosentandel

Det bes om at konsekvenser av at ISF-satsen ikke lenger dekker angitt prosentandel av beregnede kostnader håndteres i den nasjonale tildelingen av midler, primært ved at ISF-satsene oppdateres eller gjennom omfordeling i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

2. Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 7. januar 2014 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2016 innen 1. desember 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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tillegg kommenteres enkelte tema relatert til de regionale helseforetakenes rammebetingelser.

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, teknologi, 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 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.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og økt andel eldre, framvekst av nye behandlingstilbud, 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.

Betraktningene 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 2016:

Demografisk betinget vekst:

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2015 til 2016, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes.

Realvekst:

Vekst utover det som er demografisk betinget, er knyttet til nye behov, behov for økt kapasitet på spesielle 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.

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 annen 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 2016

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.

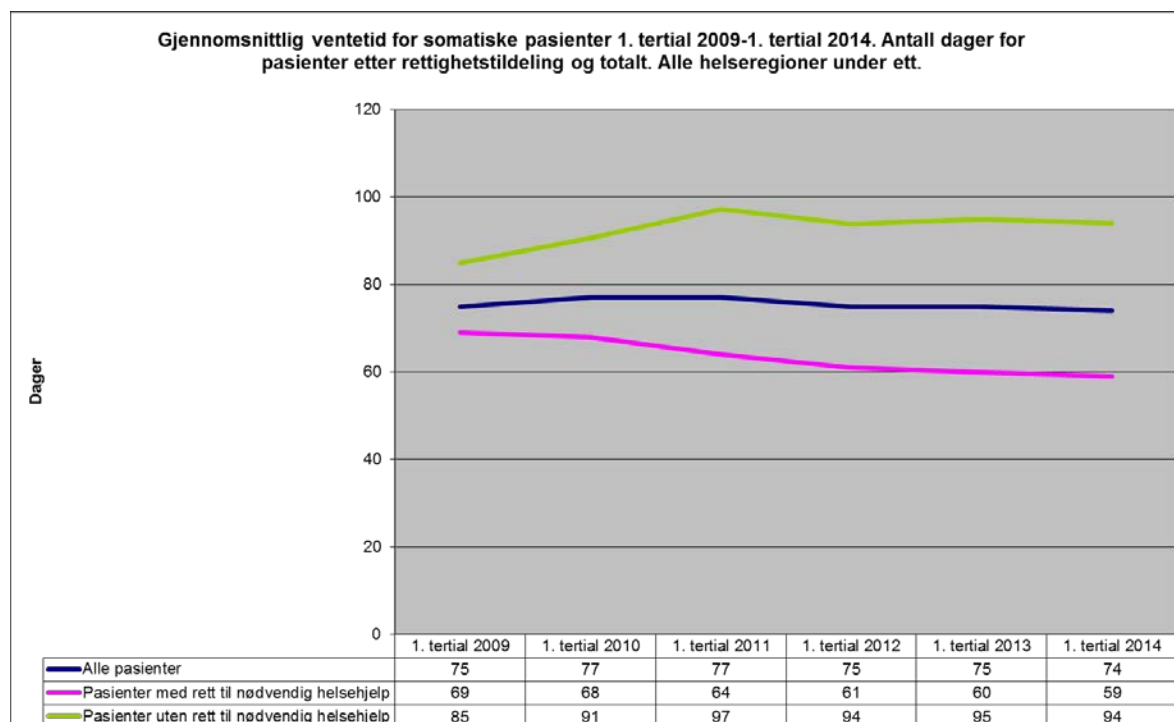
Aktivitet, behov og realvekst 2010-2013

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 og 2013 var lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten. I 2010 og 2013 var det dermed en negativ realvekst. Realveksten i 2011 og 2012 var svakt positiv.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng	1 302 342	1 328 684	1 358 283	1 365 725
Årlig forbruksvekst, prosent	0,4	2,0	2,2	0,5
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent	1,5	1,5	1,5	1,5
Realvekst i forbruk, prosent	-1,0	0,5	0,7	-1,0

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013



Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2015-2016

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2013-2016 tilsvarende 1,45 prosent pr år¹.

¹ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

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 0,5 prosent, slik at når demografisk betinget vekst inkluderes, blir samlet behov for aktivitetsvekst innen somatikk fra 2015 til 2016 på 1,9 prosent.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2010-2013

	2010	2011	2012	2013	%-endr. 12-13
Psykisk helsevern for voksne	17 610	17 492	17 797	17 463	-1,9
Psykisk helsevern for barn og unge	3 802	3 898	3 956	3 970	0,4
Psykisk helsevern samlet	21 412	21 390	21 753	21 433	-1,5
Årlig vekst, prosent		-0,1 %	1,7 %	-1,5 %	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013

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 ingen vekst i 2011 mens det i 2012 var en vekst på 1,7 %. Fra 2012 til 2013 er det en reduksjon på 1,5 %.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne i perioden 2010-2013 økte med om lag 14 prosent (økning fra 2012 til 2013 på 6 prosent). Samtidig ble antall oppholdsdøgn, i hele perioden, redusert med 14 prosent, mens reduksjonen fra 2012 til 2013 var 6,4 prosent.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2010-2013

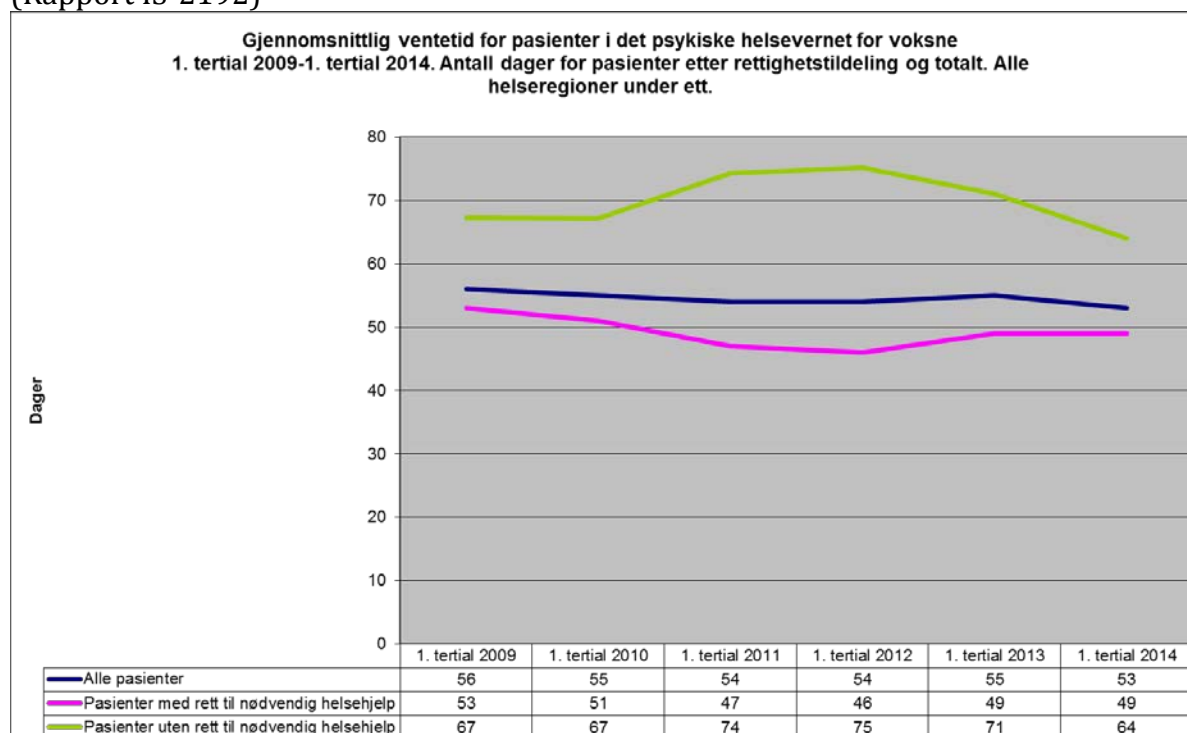
	2010	2011	2012	2013	%endr. 12-13
Polikliniske konsultasjoner	1 191 836	1 239 625	1 281 826	1 357 317	5,9
Utskrivninger	52 201	52 835	53 517	52 290	-2,3
Antall oppholdsdøgn	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	-6,4
Årlig forbruksvekst, prosent *	3,26	1,81	1,75	-0,48	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	1,3	1,5	1,6	1,6	
Realvekst i forbruk, prosent	1,9	0,3	0,1	-2,0	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013.

* Ved beregning av vekst i forbruk er utskrivninger og konsultasjoner veiet i forholdet 84/1 (tilsvarende forholdet mellom enhetskostnadene i Samdata 2013).

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.

Figur 3: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for voksne, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2014
Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2014. Norsk pasientregister (Rapport IS-2192)



Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist noe nedgang de senere årene. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2014 er 53 dager, to dager lavere enn på samme tidspunkt i 2013. For pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp har ventetiden gått kraftig ned, mens det for pasienter med rett er uendret.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2010-2013

	2010	2011	2012	2013	%-endr. 12-13
Polikliniske tiltak	906 640	915 965	927 202	936 815	1,0
Behandlede pasienter	57 078	57 669	58 675	58 246	-0,7
Årlig forbruksvekst, prosent *	3,48	1,04	1,74	-0,73	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	0,2	0,2	0,0	0,2	
Realvekst, prosent	3,3	0,9	1,8	-1,0	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013.

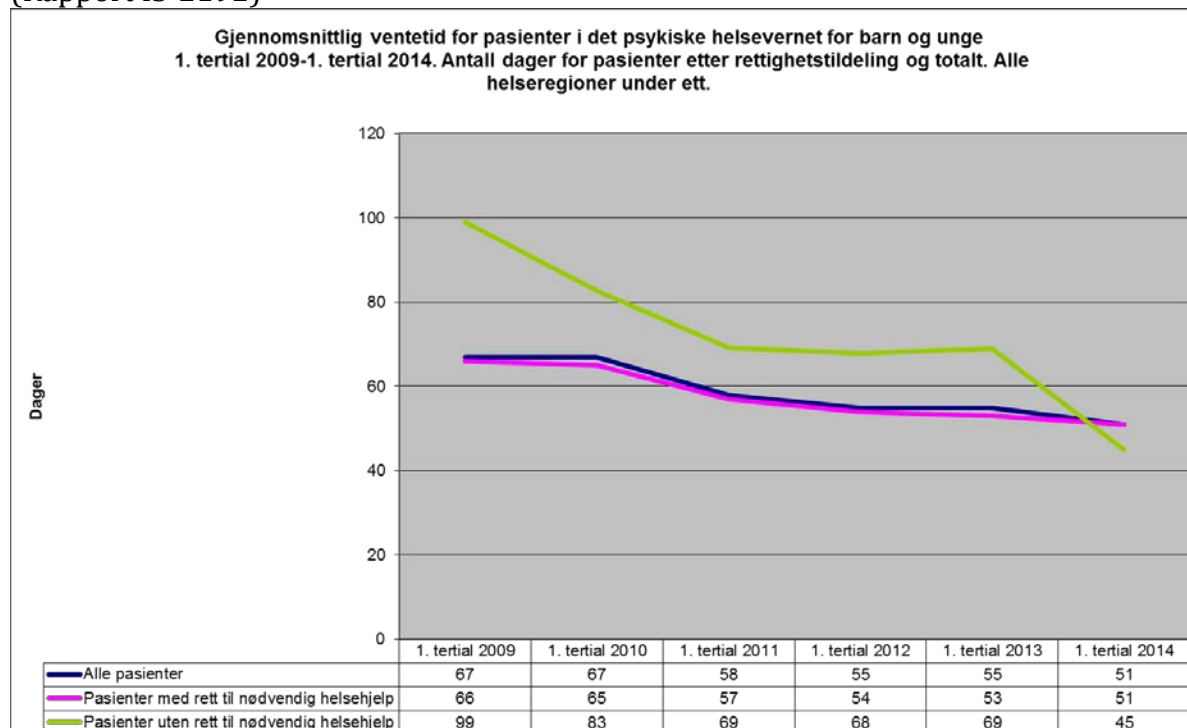
* Forbruksvekst beregnet på grunnlag av økning i antall behandlede pasienter.

For psykisk helsevern for barn og unge er antall behandlede pasienter økte med 2,0 prosent fra 2010 til 2013, og antall polikliniske tiltak med 3,3 prosent. Fra 2012 til 2013 er veksten i polikliniske tiltak 1 % mens antall behandlede pasienter er redusert med 0,7%.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 1. tertial 2009 til 1. tertial 2014. 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 avvirket fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2014

Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2014. Norsk pasientregister (Rapport IS-2192)



Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2015-2016

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 ønsket om ytterligere å redusere ventetiden. Det er videre viktig å stimulere til fortsatt omstilling og god utnyttelse av ressursene i samarbeid med kommunene.

Metodene for måling av totalaktivitet innen området bør forbedres. Det bør også vurderes å bedre takstene for samhandling/veiledning, rehabilitering og ambulant virksomhet.

Det vil være viktig å bedre tilgangen på legespesialister samt annet helsepersonell.

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2013-2016 tilsvarer 1,4 % pr år i VOP og 0,1 % per år i BUP.² Her vil bl.a. endring i behov, 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.

Det er imidlertid utfordringer knyttet til målet for realveksten i psykisk helsevern. Det har i flere år vært en omstilling i sektoren fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulant virksomhet, og uten et integrert vekstmål som tar høyde for denne vridningen vil det nødvendigvis være usikkerhet knyttet til tallene.

Med dette som utgangspunkt anslås en nødvendig realvekst i aktivitet for VOP på 1,0 prosent fra 2015 til 2016. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 2,3 prosent.

For perioden 2010-2013 var gjennomsnittlig realvekst innen VOP på -0,5 prosent, mens veksten fra 2012 til 2013 var -2,0 prosent.

For BUP er anslaget for realvekst fra 2015 til 2016 1,5 prosent, slik at når demografisk vekst inkluderes, blir det samlede anslaget på 1,6 prosent.

For perioden 2010-2013 var gjennomsnittlig realvekst innen BUP på 0,6 prosent. Fra 2012 til 2013 var realveksten -1 prosent.

² Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

4.3. Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Kostnader TSB	3 810	3 972	4 157	4 203
Årlig vekst, prosent	5,37	4,25	4,66	1,11

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013

I perioden 2010-2013 har ressursene til rusfeltet økt med 10 prosent, og fra 2012 til 2013 med 1,1 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. Fra rusreformens start i 2004 har det vært en betydelig økning i antall henvisninger og det er opprettet mange nye plasser for døgnbehandling. Den sterkeste veksten har imidlertid skjedd i form av polikliniske konsultasjoner.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2010-2013

	2010	2011	2012	2013	%-endr. 12-13
Døgnplasser TSB	1 724	1 752	1 692	1 715	1,4
Årsverk TSB	3 469	3 771	3 954	3 826	-3,2
Antall oppholdsdøgn	574 167	590 252	580 098	570 138	-1,7
Antall innleggelser	12 718	13 063	12 934	12 989	0,4
Polikliniske konsultasjoner	262 223	307 850	347 295	360 661	3,8
Årlig vekst, prosent *	5,37	4,25	4,66	1,11	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	1,1	1,3	1,5	1,4	
Realvekst, prosent	4,3	3,0	3,2	-0,3	

Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013.

* 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.

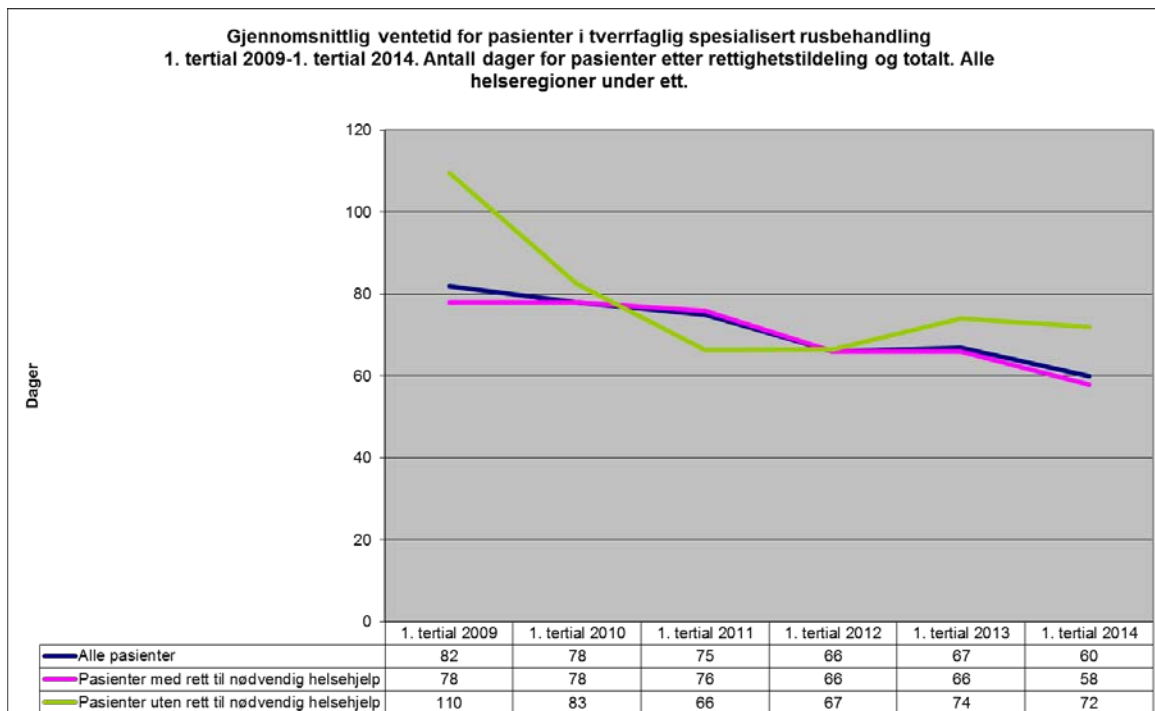
Årsverk er fra 2010-2013 økt med 10 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingssenheter.

Antall døgnplasser, innleggelser og oppholdsdøgn har vært relativt stabilt fra 2010 til 2013.

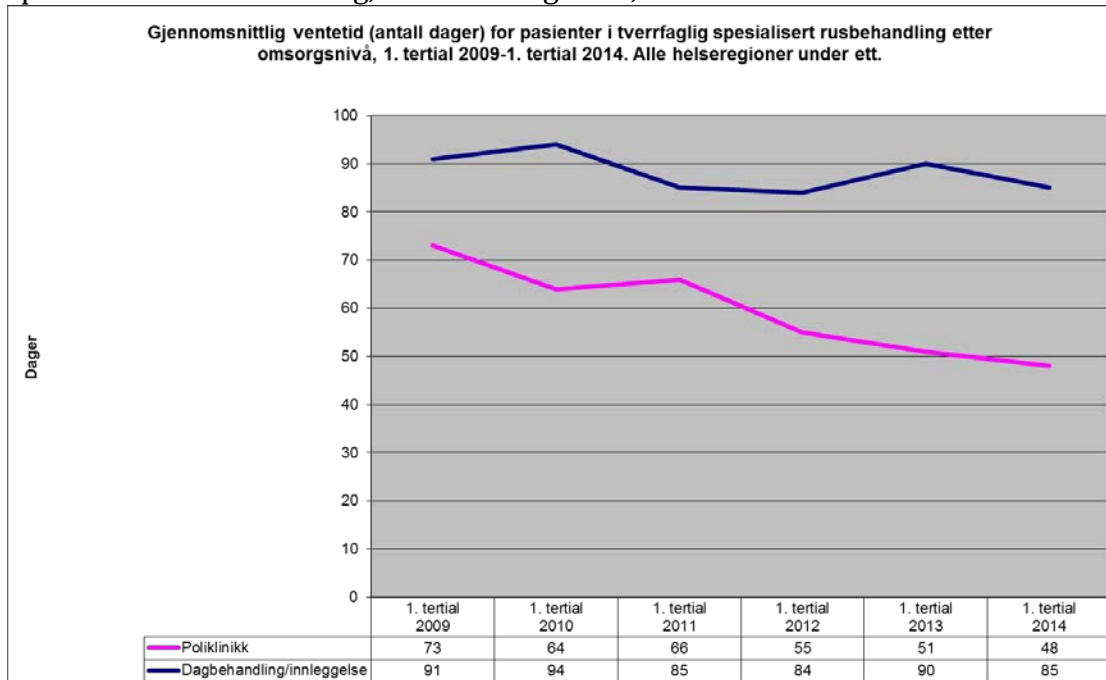
Fra 2010 til 2013 har antallet polikliniske konsultasjoner økt med hele 37 prosent.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2014

Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2014. Norsk pasientregister (Rapport IS-2192)



Figur 6: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter omsorgsnivå, 1. tertial 2009-1. tertial 2014



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2014. Norsk pasientregister (Rapport IS-2192)

Som det fremgår av figurene ovenfor er den gjennomsnittlige ventetiden for behandling redusert fra 1. tertial 2009 til 1. tertial 2014. Dette gjelder både for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp (omlag 87 % 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 2015-2016

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 strategier³ 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 2013-2016 er beregnet til 1,2 prosent hvert år i perioden.⁴

Endring i sykelighet, 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 2010-2013 var i gjennomsnitt på 1,9 prosent, mens realveksten fra 2012 til 2013 var -0,3 prosent.

Fra 2015 til 2016 anslås en realvekst i aktivitet på 1 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 2,1 prosent.

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

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2016

1. Økt innsats for digital fornying

Gode digitale løsninger er viktig for å sikre god behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Det er behov for et IKT-løft innen hele helsesektoren. Endringer i pasientrettighetsloven som er vedtatt og lovendringer som er varslet i høring gjør at det er nødvendig med endringer i de pasientadministrative systemene, og opplæring i helseforetakene. Dette vil være kostbart. Det må understrekes at de digitale systemene må da fornyes. Den digitale fornyingen vil være svært kostnadskreven

2. Nye kostbare medikamenter

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre legemidler. Etterspørsel og anvendelse på nye områder gir økte kostnader som må reflekteres i årlig bevilgning. Utgiftene vil særlig øke på enkelte medikamentområder. Eksempelvis vil det for pasienter med cystisk fibrose komme flere medikamenter med molekylære tilpasninger. Slik målrettet terapi blir i økende grad også mer aktuelt for andre diagnoser, blant annet innenfor kreftområdet.

3. Endring legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak

³ Nasjonal strategigruppe 2, psykisk helsevern og TSB

⁴ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

Endringene i spesialitetsstrukturen slik det er foreslått i høringsnotatet vil gi økte kostnader siden det blir dupliseringer i vaktordningen og de som ivaretar vaktordningen har høyere lønn. I tillegg vil det være endring i akuttmottak /prehospitale tjenester som blir kostnadsdrivende.

4. Forutsigbarhet i finansieringsregimet

Det er sentralt at samlet finansiering av spesialisthelsetjenesten gir forutsigbarhet og stabile rammer for planlegging, drift og utvikling av tjenesten. Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er et nytt element hvor det er behov for å vinne erfaring med modell og insentiver. KBF kan bli et viktig virkemiddel for å styrke kvalitetsarbeidet og ordningen bør videreutvikles og utvides.

Dersom aktiviteten gjennom fritt behandlingsvalg (FBV) for TSB og psykisk helsevern øker mer enn forutsatt vil det gi helseregionene en økt økonomisk utfordring. For somatisk behandling som omfattes av FBV vil regionene få risiko knyttet til at aktivitet utover bestilt volum skjer innenfor en marginalkostnad som dekkes av ISF-refusjonen.

5. 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 (bl.a. pasientreiser og laboratorietjenester). 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 for å sikre samsvar mellom faglig og økonomisk ansvar.

6. Ønsket vekst innen TSB og psykisk helsevern bør måles i form av aktivitet og resultat
Helseregionene har over en lengre periode hatt krav til høyere aktivitet i TSB og psykisk helsevern enn somatikk. I 2014 måles kravet til høyere vekst også som veksten i kostnader på området. Kravet om større vekst i aktivitet bør ikke forhindre god total ressursstyring, noe som må skje på grunnlag av resultater i pasientbehandlingen og ikke i økte kostnader.

7. Enhetsrefusjon ISF dekker ikke angitt prosentandel

Vekst i det generelle kostnadsnivået på grunn av pensjonskostnader og øvrige rammestyrkninger i perioden 2003-2014 har medført at refusjonsandelen i ISF er lavere enn angitt. Beregninger gjort av Helsedirektoratet viser at den aktivitetsbaserte finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste utgjorde 35 prosent av enhetskostnaden i 2009 (se Helsedirektoratets rapport *Enhetskostnad og enhetsrefusjon i somatisk spesialisthelsetjeneste*).

Veksten i kostnadsnivå er imidlertid finansiert gjennom økning av basisrammen. 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. Avtalt løsning er ikke en god løsning og de regionale helseforetakene ber med dette om at konsekvenser av at ISF-satsen ikke lenger dekker angitt prosentandel av beregnede kostnader håndteres i den nasjonale tildelingen av midler, primært ved at ISF-satsene oppdateres eller gjennom omfordeling i den

nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Økning i enhetspris kan finansieres ved reduksjon i basisramme.

I 2013 utgjør 40 prosent ISF-refusjon av fastsatt enhetspris pr DRG-poeng (kr 39.447) en refusjonsandel på 32 prosent av beregnet gjennomsnittskostnad pr DRG-poeng i Samdata 2013 (kr 49.394, tabell 4.1 Samdata 2013).

6. Andre innspill fra Helse Vest RHF

Helse Vest vil ellers vise til at alle helseforetakene gjennomfører eller planlegger større investeringer i bygg og anlegg fremover.

I langtidsbudsjettperioden 2015-2019 planlegges det å investere for kr 11,6 mrd., herav kr 1,2 mrd. til investering i medisinsk teknisk utstyr og kr 1,3 mrd. til IKT.

De store prosjektene vil strekke seg utover langtidsbudsjettperioden.

Prosjekter under gjennomføring:

- nytt barne- og ungdomssenter fase 1 i Helse Bergen planlagt ferdigstilt 2015/2016
- ny mottaksklinikk, nytt sengebygg sør og ombygging i sentralblokken i Helse Bergen

Prosjekter under planlegging:

- nytt barne- og ungdomssenter fase 2 i Helse Bergen med byggestart 2015/2016
- nytt sykehus i Helse Stavanger med konseptutredning ferdig i 2015
- større påbygging av Haugesund sykehus i Helse Fonna med konseptutredning ferdig 2015
- med utgangspunkt i arealplan planlegges flere utbyggingsprosjekter ved Førde sentralsjukehus i Helse Førde

Nytt barne- og ungdomssenter fase 2 i Helse Bergen har ei kostnadsramme på ca. kr. 3 mrd. Helse Stavanger vil ikke kunne løfte er helt nytt sykehus men kan håndtere en utbygging i størrelsesorden kr 8 mrd. i et litt lengre tidsperspektiv.

I Helse Fonna vurderes en utbygging i størrelsesorden kr. 2,8 mrd. frem til 2030. Helse Førde har planer for noe nybygg og omfattende ombygging og renovering i et 10-årsperspektiv beregnet til ca. kr 1 mrd.

Med vennlig hilsen

Herlof Nilssen
adm.direktør

Hans K. Stenby
plansjef

All elektronisk post til Helse Vest skal sendes til postmottak: post@helse-vest.no