

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref:

2009/469 - 12675/2015

Saksbehandler:

Hans K. Stenby 51 96 38 17

Dato:

29.10.2015

Innspill til statsbudsjettet for 2017

Innledning

Det vises til protokoll fra foretaksmøte i Helse Vest RHF7. jan. 2015. Av vedlegg 1 fremgår det at frist for innsending av innspill til statsbudsjettet for 2017 er 1. des. 2015.

De fire regionale helseforetakene har samarbeidet om innspill til statsbudsjettet som tidligere og i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2017 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusavhengige (TSB).

Helse Vest vil gi følgende innspill:

1. Sammendrag og konklusjon

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2017 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2017.

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 sykdomsutvikling, nye og kostnadskrevenne behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og målet 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:

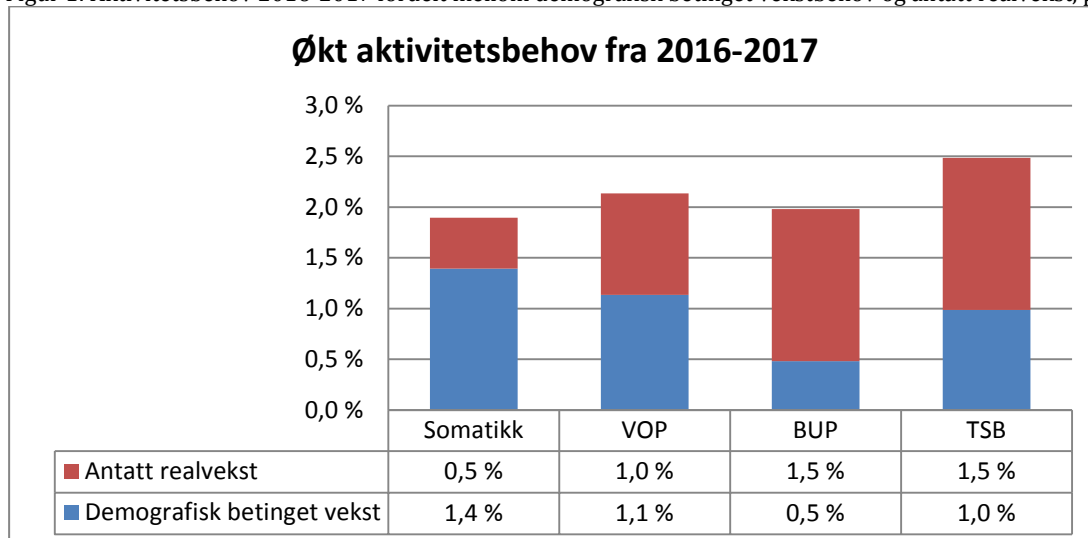
Ut fra SSBs fremskrivning av folke­mengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2016 til 2017, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes. Den demografiske veksten omfatter bl.a. økt forbruk som følge av veksten i de eldste aldersgruppene.

Realvekst:

Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som forventes. Realveksten er en sum av flere forhold og oppstår blant annet som følge av at ny teknologi og nye – og ofte kostnads­krevende – 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 ventetid innen det enkelte tjenesteområde og hvor mye aktiviteten bør øke for at ventetidsutviklingen skal reduseres i tråd med nasjonale mål. Faktisk realvekst de siste tre år er en referanse for anslag på realvekst.

Figur 1 viser anslagene på økning i aktivitetsbehov fra 2016 til 2017 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Økningen for somatiske tjenester anslås samlet til 1,9 prosent. For psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom anslås veksten til henholdsvis 2,1 og 2,0 prosent. For TSB anslås veksten til 2,5 prosent.

Figur 1: Aktivitetsbehov 2016-2017 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.



I tillegg kommenterer de regionale helseforetakene følgende tema:

- Behovet for økt innsats for digital fornying / IKT-utvikling
- Behovet for forutsigbarhet i finansieringsregimet

- Gjennomgang av ordninger der helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part
- Økte pensjonskostnader og gjestepasientoppgjør
- Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
- Tilgjengelighet – styrking av patologitjenesten
- Behovet for takster som understøtter ambulante tjenester innen psykisk helsevern
- Kostnader som følge av endringer i spesialiststrukturen for leger

2. Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 7. januar 2015 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2017 innen 1. desember 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 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 og utstyr samt økt innsats innen forskning, utvikling og innovasjon. 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 driften må effektiviseres. Kompetanseutvikling vil være sentralt både i samhandlingen med primærhelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og økt andel eldre, sykdomsutvikling, 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. De fire regionale helseforetakene 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 2017:

Demografisk betinget vekst:

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2016 til 2017, 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 utvidelse av tjenestetilbudet bl.a. som følge av nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder. Realvekst er med andre ord en sum av flere forhold og oppstår blant annet som følge av at nye – og ofte kostnadskrevende – 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 ventetiden skal reduseres i tråd med 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 2017

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2017 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 2010-2014

Behovsutviklingen er beregnet ut fra Magnussenutvalgets behovsindekser og befolkningsutviklingen i de respektive helseregioner (SSB). Dette er altså en ren demografisk fremskrivning av behovene. Tabellen nedenfor viser at forbruksveksten i 2013 var lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten. I 2013 var det dermed en negativ realvekst. Realveksten i 2011 og 2012 og 2014 var svakt positiv.

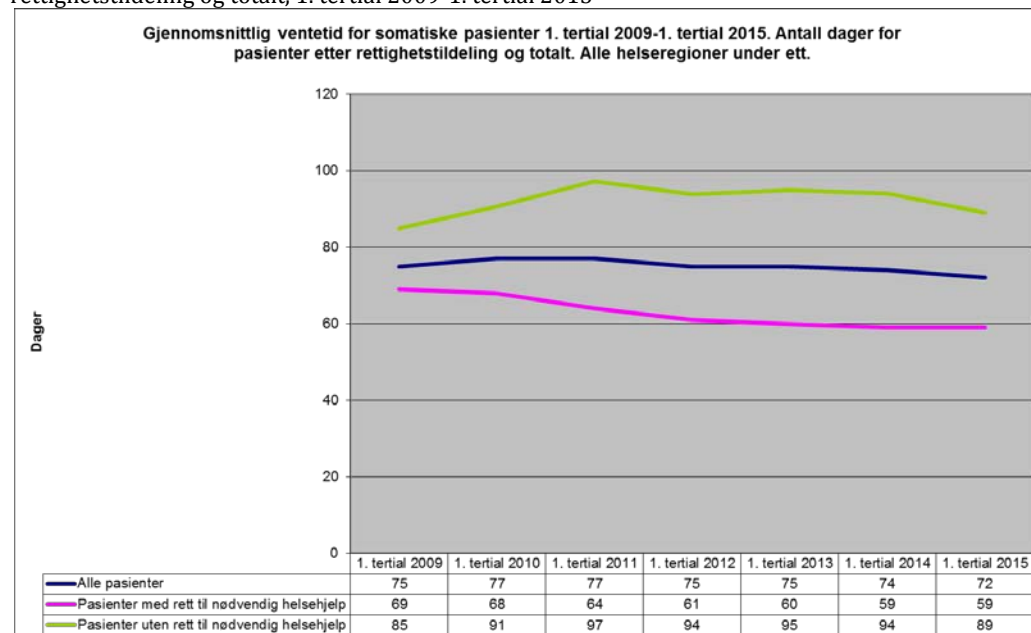
Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng	1 305 498	1 331 881	1 362 181	1 369 644	1 397 956
Årlig forbruksvekst, prosent	0,7	2,0	2,2	0,5	2,0
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent		1,5	1,5	1,5	1,4
Realvekst i forbruk, prosent		0,5	0,7	-1,0	0,6

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

Figur 2 viser utvikling i ventetider for somatikk, etter rettighetstildeling. Det har vært en svak nedgang for alle pasienter fra 2009 til 2015, mens det er en relativt kraftig reduksjon i ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp fra 2014 til 2015.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2015



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2015. Norsk pasientregister (Rapport IS-2349)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2016-2017

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2014-2017 tilsvarende 1,4 prosent pr år¹.

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

¹ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

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 2016 til 2017 på 1,9 prosent.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	%endr. 13-14
Psykisk helsevern for voksne	18 410	18 102	18 385	18 067	18 151	0,5
Psykisk helsevern for barn og unge	3 985	4 034	4 087	4 074	4 149	1,8
Psykisk helsevern samlet	22 395	22 136	22 472	22 141	22 300	0,7
Årlig vekst, prosent		-1,2 %	1,5 %	-1,5 %	0,7 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

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 1,5 %. Fra 2013 til 2014 er det en realvekst i kostnader på 0,7 %.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne har økt kraftig i perioden 2010-2014, og med 5,1 prosent, fra 2013-2014. Tilsvarende er det en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 2,2 prosent fra 2013-2014. Veksten i antall utskrivninger varierer i perioden, men det er en vekst på 2,5 prosent fra 2013-2014.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2010-2014

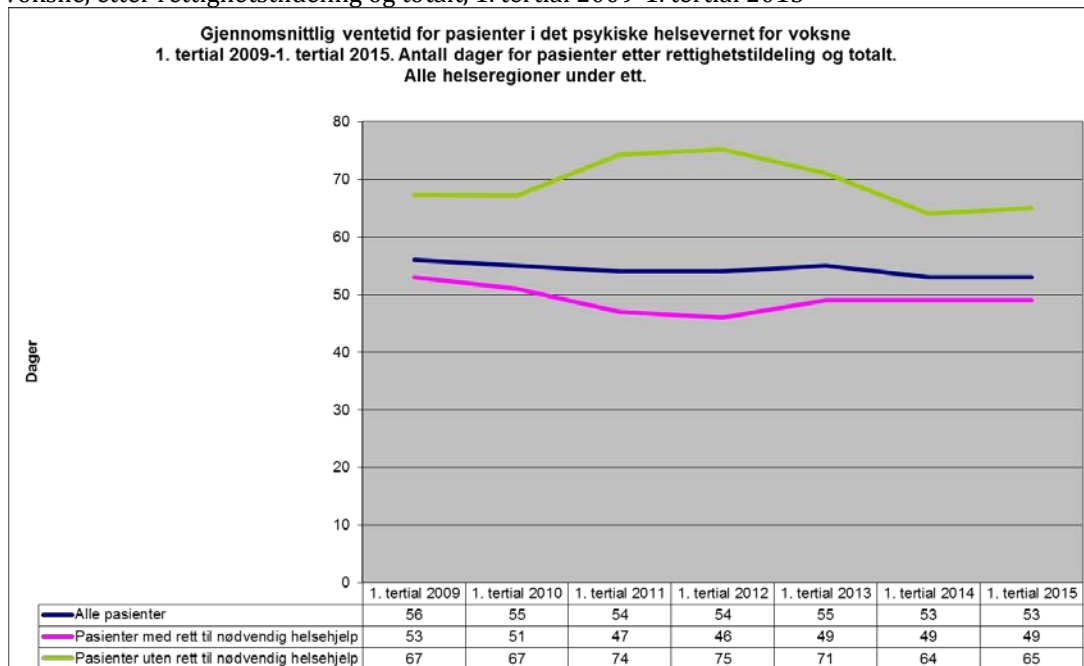
	2010	2011	2012	2013	2014	%endr. 13-14
Polikliniske konsultasjoner	1 191 836	1 239 625	1 281 826	1 357 317	1 425 917	5,1
Utskrivninger	52 201	52 835	53 517	52 290	53 613	2,5
Antall oppholdsdøgn	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	1 118 007	-2,2
Årlig forbruksvekst (vekst i veid aktivitet), prosent *	4,8	1,8	1,7	-0,5	3,1	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,5	1,6	1,6	1,3	
Realvekst i forbruk, prosent		0,3	0,1	-2,1	1,8	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

* Ved beregning av vekst i forbruk er utskrivninger og konsultasjoner veiet i forholdet 85/1 (tilsvarende forholdet mellom enhetskostnadene i Samdata 2014).

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 2015



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2015. Norsk pasientregister (Rapport IS-2349)

Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist noe nedgang de senere årene. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2015 er 53 dager, som er samme nivå som i 2014. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er ventetiden 49 dager, også uforandret fra 2014, mens det er en økning på én dag fra 64 til 65 dager for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	%endr. 13-14
Polikliniske konsultasjoner med refusjon	707 118	720 456	729 217	761 435	783 015	2,8
Behandlede pasienter	56 240	57 416	57 745	57 380	57 355	0,0
Årlig forbruksvekst, (beh. Pasienter) prosent *	2,0	2,1	0,6	-0,6	-0,1	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		0,2	0,0	0,3	0,1	
Realvekst, prosent	2,0	1,9	0,6	-0,9	-0,2	

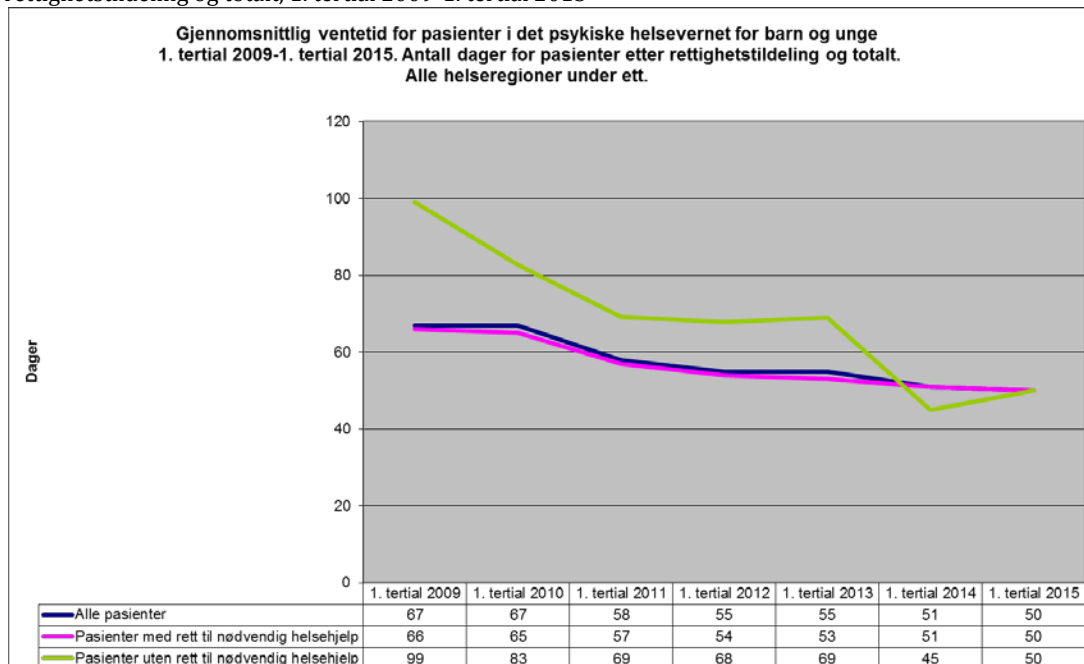
Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

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

For psykisk helsevern for barn og unge er antall behandlede pasienter omlag uforandret fra 2013-2014, og antall polikliniske konsultasjoner med refusjon har økt med 2,8 prosent.

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 avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2015



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2015. Norsk pasientregister (Rapport IS-2349)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2016-2017

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 målet 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 innenfor psykisk helsevern bør forbedres. Når det planlegges endring fra takstsystem til innsatsstyrt finansiering for det polikliniske området er det vesentlig at incentiver som støtter opp om faglige og politiske mål om økt aktivitet for samhandling/veiledning, rehabilitering og ambulant virksomhet innarbeides.

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

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2014-2017 tilsvarer 1,3 % pr år i VOP og 0,15 % per år i BUP.² Innen disse fagområdene vil endring i behov utover demografisk vekst, som bl.a. 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.

² Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

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 2016 til 2017. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 2,1 prosent.

For perioden 2012-2014 var gjennomsnittlig realvekst innen VOP på -0,1 prosent, mens veksten fra 2013 til 2014 var 1,8 prosent.

For BUP er anslaget for realvekst fra 2016 til 2017 1,5 prosent, slik at når demografisk vekst på 0,5 prosent inkluderes, blir det samlede anslaget på 2 prosent.

For perioden 2012-2014 var gjennomsnittlig realvekst innen BUP på 3,2 prosent. Fra 2013 til 2014 var realveksten 2,1 prosent.

4.3. Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
TSB	3 977	4 110	4 295	4 354	4 581
Årlig vekst, prosent		3,3	4,5	1,4	5,2

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

I perioden 2010-2014 har ressursene til rusfeltet økt med 10 prosent, og fra 2013 til 2014 med 5,2 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. Det er også en sterk vekst i polikliniske konsultasjoner.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2010-2014

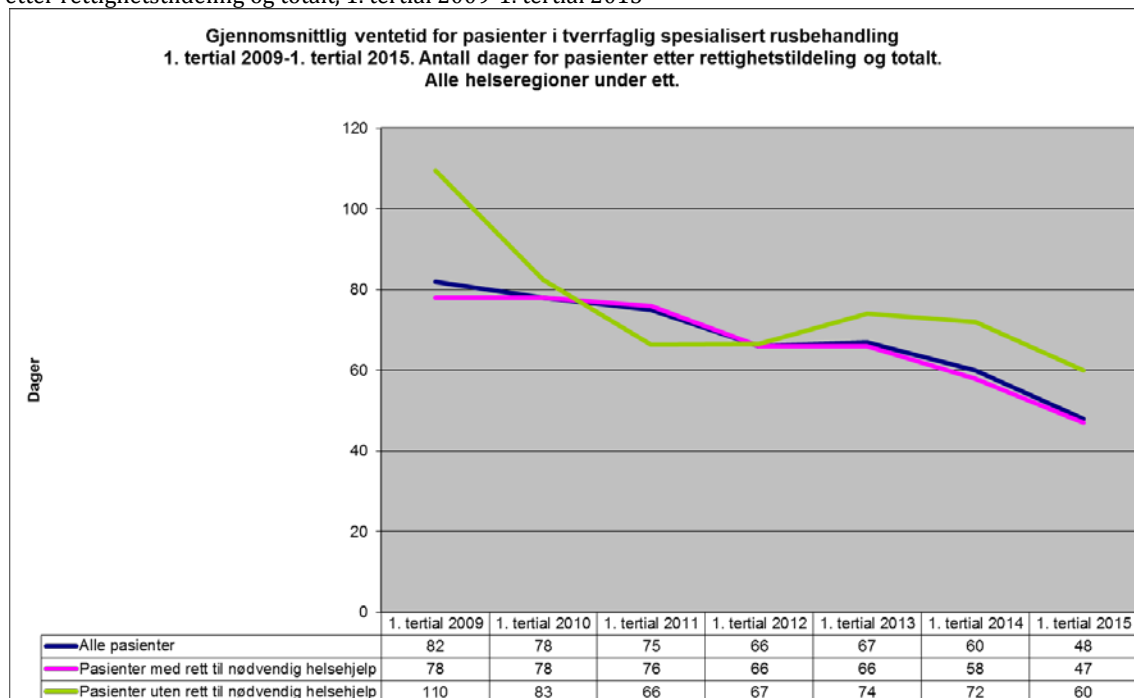
	2010	2011	2012	2013	2014	%endr. 13-14
Døgnplasser TSB	1 724	1 752	1 692	1 712	1 906	11,3
Årsverk TSB	3 469	3 771	3 954	3 829	4 050	5,8
Antall oppholds døgn	574 167	590 252	580 098	570 138	585 735	2,7
Antall innleggelser	12 718	13 063	12 934	12 989	13 655	5,1
Polikliniske konsultasjoner	262 097	307 850	348 607	363 658	390 190	7,3
Årlig vekst (kostnader), prosent *	10,0	3,3	4,5	1,4	5,2	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,3	1,5	1,4	1,2	
Realvekst, prosent	10,0	2,0	3,0	0,0	4,0	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014.

* Vekst beregnet på grunnlag av deflatert kostnad.

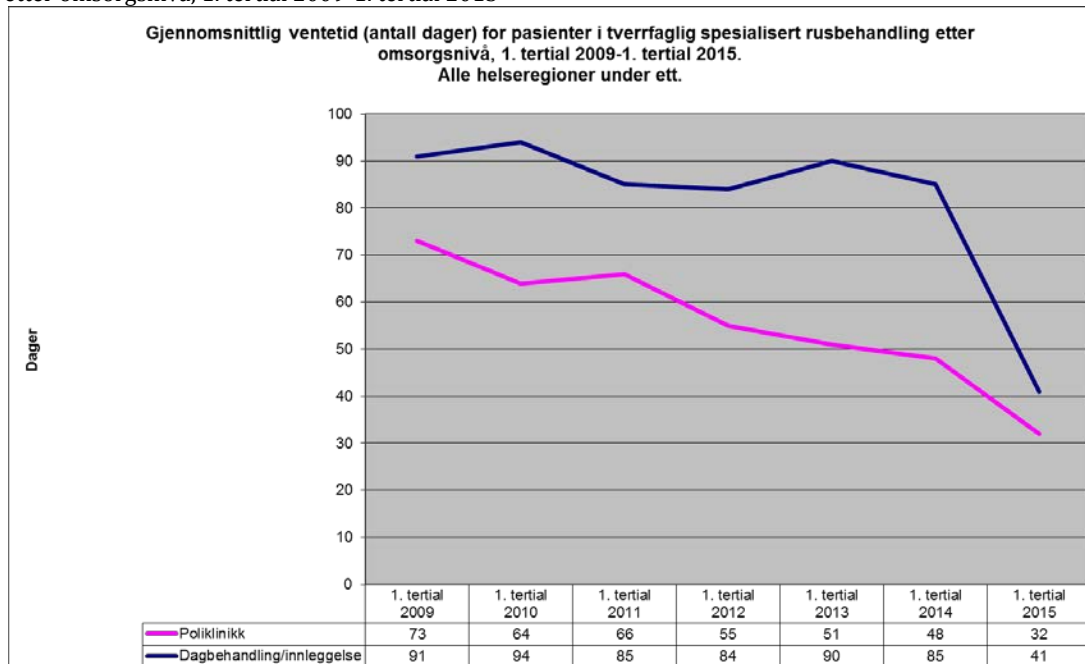
Årsverk er fra 2013-2014 økt med 6 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingenheter.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter rettighetstildeling og totalt, 1. tertial 2009-1. tertial 2015



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2015. Norsk pasientregister (Rapport IS-2349)

Figur 6: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avvirket fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter omsorgsnivå, 1. tertial 2009-1. tertial 2015



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2015. Norsk pasientregister (Rapport IS-2349)

Som det fremgår av figurene ovenfor er den gjennomsnittlige ventetiden for behandling betydelig redusert fra 1. tertial 2009 til 1. tertial 2015. 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 fortsatt lenger enn ventetiden for poliklinisk behandling, men totalt sett går utviklingen i riktig retning

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2016-2017

Strukturen på dagens behandlingstilbud er til dels ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør fortsatt akutfunksjoner (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 2016-2017 er beregnet til 1,0 prosent hvert år i perioden.⁴

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.

³ Nasjonal strategigruppe 2, psykisk helsevern og TSB

⁴ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

Realveksten for årene 2011-2014 var i gjennomsnitt på 2,2 prosent, mens realveksten fra 2013 til 2014 var 4,0 prosent.

Fra 2016 til 2017 anslås en realvekst i aktivitet på 1,5 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 2,5 prosent.

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

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2017

1. Behovet for økt innsats for digital fornying / IKT-utvikling

Gode digitale løsninger er viktig for å sikre likeverdige helsetjenester, god behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Et IKT-løft innen hele helsesektoren vil også legge til rette for bedret kostnadseffektivitet i behandling. Endringer i pasientrettighetsloven, pasientjournalloven og helseregisterloven gjør at det er nødvendig med endringer i de pasientadministrative systemene, og opplæring i helseforetakene. Dette stiller store krav til fornying og oppgradering av systemene, men er også en nødvendig forutsetning for realisering av St.m. 9 "En innbygger, en journal". Det bør gis muligheter for lånefinansiering av større IKT-investeringer.

2. Behovet for 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 element hvor det er behov for å vinne mer erfaring med modell og insentiver samt at det er helt nødvendig at en slik modell baserer seg på oppdaterte data. KBF er ment som et viktig virkemiddel for å styrke kvalitetsarbeidet, men ordningen bør videreutvikles slik at den svarer til intensjonen.

Dersom aktiviteten gjennom fritt behandlingsvalg (FBV) øker mer enn forutsatt vil, det gi helseregionene en økt økonomisk utfordring.

3. Gjennomgang av ordninger der helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part

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

4. Økte pensjonskostnader og gjestepasientoppgjør

Det vises til foretaksprotokollene for 2012, sak 4.2 vedrørende *Pensjonskostnader i gjestepasientoppgjøret*:

ISF refusjonen er ment å dekke om lag 40 % av gjennomsnittlige kostnader eksklusive

kapitalkostnader. Analyser av ISF-satsens dekningsgrad viser at ISF-refusjonen nå dekker om lag 34 % av kostnaden 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 økt basisbevilgning, herunder økte Pensjonskostnader og gjennomføring av ny inntektsmodell.

- *Foretaksmøtet ba Helse RHF ta hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppgjøret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonene om reell kostnadsdekning.*

Dette har de fire regionale helseforetakene fulgt opp. I tillegg er det akseptert at Helse Sør-Øst RHF, som er netto leverandør av helsetjenester til de øvrige regionene, bør få en kompensasjon for dette også ut over 2012. Det er derfor foretatt slike oppgjør de påfølgende år.

Det bes om at konsekvenser av at ISF-satsen ikke lenger dekker angitt prosentandel av beregnede kostnader, håndteres i den nasjonale tildelingen av midler. Dette bør skje enten gjennom økt ISF sats eller gjennom den nasjonale inntektsmodellen.

5. Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre behandlingsmetoder, spesielt legemidler. Etterspørsel etter slike metoder er krevende. I de nærmeste årene forventes det bl.a. en kraftig økning av kostnader til nye kreftmedikamenter. Dette er legemidler som er effektive og med få bivirkninger i forhold til dagens behandling. Den første store og kostnadskrevende legemiddelgruppen betegnes PD1-hemmere.

PD-1 hemmere har en helt annen virkningsmekanisme enn de fleste kreftmedikamenter, ved at de motvirker kreftcellers/svulsters forsvar mot angrep fra pasientens immunsystem/T-celler. Siden bivirkningene er moderate, vil dette både senke indikasjonsterskelen for å gi behandling, og gjøre det aktuelt å kombinere PD-1 hemmere med andre eksisterende eller kommende kreftmedikamenter. Derfor vil PD-1-hemmere i betydelig grad kunne komme i tillegg til eksisterende eller kommende behandlingsmetoder. Det potensielle bruksområde blir derfor meget vidt, og forventes å omfatte et stort antall vanlige og mer sjeldne kreftformer.

Fordi disse medikamenter representerer et klart fremskritt, kan det skje at de for mange kreftformer blir kostnadseffektive og dermed bør innføres. Hvis man som et utgangspunkt forutsetter at ca. 3 000 nye pasienter behandles hvert år, og at hver av dem i gjennomsnitt behandles i et år, blir økningen i de rene medikamentkostnader med dagens pris ca. 2.5 - 3 milliarder pr. år. Selv om det oppnås rabatter, vil de samlede utgifter uansett bli meget store. Ved siden av dette, vil utvikling av andre nye medikamenter med lavere, men likevel betydelige økonomiske konsekvenser, fortsette. De meget store kostnader en innføringen av PD-1 hemmere vil gi, vil måtte føre til en nedprioritering av tilbudet til andre pasientgrupper.

Også når det gjelder utgifter til Hepatitt C-behandling forventes det at disse blir vesentlig høyere enn estimert i forslaget til statsbudsjett for 2016.

Det er på denne bakgrunn viktig at anvendelse av nye medikamenter og behandlingsmetoder reflekteres i årlig bevilgning slik at ikke utviklingen går på bekostning av andre deler av spesialisthelsetjenesten.

6. Tilgjengelighet – styrking av patologitjenesten

Bedre tilgjengelighet til helsetjenestene får mye oppmerksomhet og det gjøres en god opptrapping for å nå myndighetenes mål, jf. bl.a. pakkeforløp. Dette krever prioritering og er ressurskrevende for spesialisthelsetjenesten. Vi ser at visse fagområder trenger å styrkes for å få tilstrekkelige og kvalitativt gode tjenester. I denne anledning er det nødvendig å trekke fram at det er kritisk å ha på plass tilstrekkelig patologitjeneste. Å bygge opp denne patologitjenesten med både kompetanse og teknologi vil bli kostnadsdrivende. Det vil i denne sammenheng være et særskilt behov for styrket digitalisering og i noen grad nytt og bedre utstyr. Det blir i tillegg nødvendig med effektivisering/rasjonalisering av bruk av patologitjenester. Det er behov for endring av takstsystem for å understøtte, og ikke motvirke ønsket utvikling innenfor ambulante tjenester som gjelder multidisiplinære team.

7. Behovet for takster som understøtter ambulante tjenester innen psykisk helsevern

Det er behov for endring av takstsystem for å understøtte og ikke motvirke ønsket utvikling innenfor ambulante tjenester som gjelder psykisk helsevern.

8. Kostnader som følge av endringer i spesialiststrukturen for leger

Ny modell for legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning vil føre til økte kostnader.

Den nye ordningen innebærer at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for planlegging og gjennomføring av ny spesialitetsstruktur for leger. Det er en kvalitetsreform som har til hensikt å styrke kvalitet i utdanning og veiledning. Dette er positivt. Det skal etableres regionale utdanningsssenter med kapasitet og kompetanse samt hensiktsmessige IKT system for å drifte ordningen. Det er både etableringskostnader i tillegg til driftskostnader for å innføre reformen. Det vises til tverregional tilbakemelding på oppdrag fra HOD vedrørende drifts- og kostnadsmessige konsekvenser datert 28. august 2015. For å sikre innføring og gjennomføring er det behov for finansiering slik at etableringen ikke skjer på bekostning av prioriterte pasienttilbud.

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 2016-2020 planlegges det å investere for kr 12,1 mrd., herav kr 1,1 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 i 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 2016
- nytt sykehus i Helse Stavanger med konseptutredning ferdig i 2015
- større påbygging av Haugesund sykehus i Helse Fonna med konseptutredning ferdig i 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. 3,2 mrd.

Når det gjelder utbygging i Helse Stavanger vil det blir tatt stilling til utbyggingsalternativ innen utløpet av 2015. Kostnadsrammen for første byggetrinn er kr 8 mrd. Det søkes om lånefinansiering til dette prosjektet i statsbudsjettet for 2017.

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 1,5 mrd.

Vennlig hilsen

Herlof Nilssen
adm. direktør

Hans K. Stenby
plansjef

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