

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref:

2009/469 -
21487/2016

Saksbehandler:

Hans K. Stenby 51 96 38 17

Dato:

09.11.2016

Innspill til statsbudsjettet for 2018

Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 12. januar 2016 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2018 innen 1. desember 2016.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2018 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2018.

Styret i Helse Vest RHF behandlet innspillet i sak: 133/16 Innspel til statsbudsjettet for 2018.

Helse Vest vil gi følgende innspill:

1. Sammendrag og konklusjon

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2018 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2018.

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 rette sin innsats slik at mål og krav kan nås.

Vurderingene i innspillet baseres på følgende tilnærming:

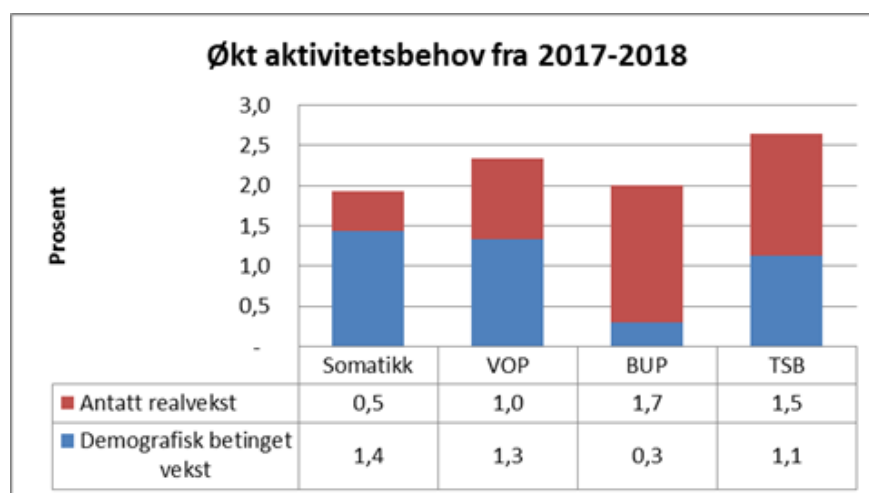
Demografisk betinget vekst:

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2017 til 2018, 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. Vekst oppstår også 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 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 2017 til 2018 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 henholdsvis 2,3 og 2,0 prosent. For TSB anslås veksten til 2,6 prosent.



Figur 1: Aktivitetsbehov 2017-2018 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.

I tillegg kommenterer de regionale helseforetakene følgende tema (kapittel 5):

- Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
- Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger
- Ambulante og digitale tjenester: behov for endring av takstsystemer
- Finansiering av aktivitet ved omlegging fra døgn- til dagbehandling/poliklinikk
- Innsats for digital fornying – lånefinansiering av IKT
- Gjennomgang av tredjepartsfinansiering

2. Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 12. januar 2016 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2018 innen 1. desember 2016.

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 ytterligere vekt 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 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 kostnadskrevenne 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. Ettersom den demografiske utviklingen er ulik mellom regionene vil det tilligge det enkelte RHF å prioritere og rette sin innsats slik at mål og krav kan nås.

For alle de tre tjenesteområdene vurderes relevante faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet frem til 2018:

Demografisk betinget vekst: Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2017 til 2018, 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. 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 fortsatt skal gå i riktig retning. 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. 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 oppfølging 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 2018

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2018 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 2011-2015

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 negativ realvekst. Realveksten i 2011 og 2012 og 2014 var svakt positiv, men den var på 1,5 prosent i 2015. Deler av denne veksten kan nok knyttes til at det i 2015 ikke var knyttet krav til maksimalt DRG-aktivitet. Dette kan føre til at helseforetakene utnytter ledig kapasitet til økt aktivitet.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2011-2015

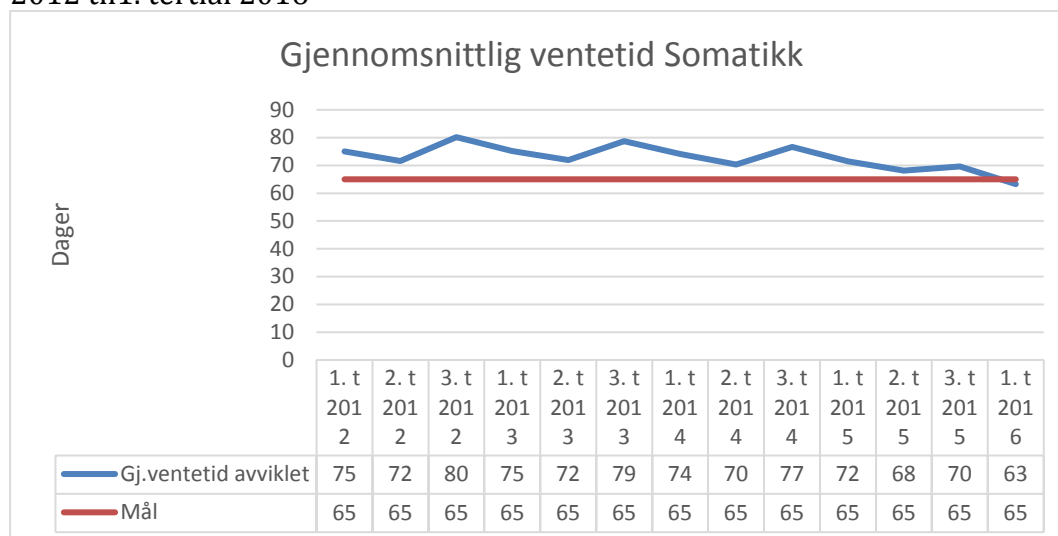
	2011	2012	2013	2014	2015
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng*)	1 331 089	1 361 370	1 368 830	1 397 125	1 438 360
Årlig forbruksvekst, prosent	2,0	2,3	0,5	2,1	3,0
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4
Realvekst i forbruk, prosent	0,5	0,7	-1,0	0,6	1,5

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015

*) Med «estimert» menes at DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regruppering av data, for å gi sammenlignbare størrelser mellom år.

Figur 2 viser utvikling i ventetid for avviklede pasienter innenfor somatisk sektor. Det har vært en jevn reduksjon i ventetider hvert år, og for første gang er den nasjonale ventetiden i gjennomsnitt lavere enn det nasjonale kravet på under 65 dager.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste, somatikk, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2016. Norsk pasientregister (Rapport IS-2448)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2017-2018

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2015-2018 tilsvarende 1,4 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, medfører dette en behovsvekst ut over den som følger av befolkningsvekst alene.

Selv om ventetidsmålet er nådd per 1. tertial 2016 er det viktig å sikre en stabilt lav ventetid, under, eller i tråd med nasjonale mål per 2016. Å redusere ventetiden ytterligere 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 2017 til 2018 på 1,9 prosent.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	%-endr. 14-15
Psykisk helsevern for voksne	19 484	19 756	19 383	19 287	19 235	-0,3
Psykisk helsevern for barn og unge	4 352	4 409	4 390	4 428	4 436	0,2
Psykisk helsevern samlet	23 836	24 165	23 773	23 715	23 671	-0,2
Årlig vekst, prosent		1,4 %	-1,6 %	-0,2 %	-0,2 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015. (Merk at SAMDATA opererer med to deflatorer, som gir ulik utvikling i faste priser. Her er benyttet SSBs indeks som tar høyde for endring i pensjonskostnader. Det er mistanke om at denne deflatoren undervurderer realveksten i kostnadene. Se SAMDATA 2015 for mer detaljer).

Finansieringen av psykisk helsevern er i mindre grad aktivitetsbasert sammenlignet med de somatiske tjenestene. Det var fra 2014 til 2015 en svak realnedgang i psykisk helsevern for voksne, og en svak økning for barn og unge. De samlede kostnadene til psykisk helsevern for voksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) viser en svak nedgang.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne har økt kraftig de siste årene, og med 7,1 prosent fra 2014-2015. Tilsvarende er det en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 2,6 prosent fra 2014-2015. Veksten i antall utskrivninger varierer i perioden, men det er en reduksjon på 1,2 prosent fra 2014-2015.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2011-2015

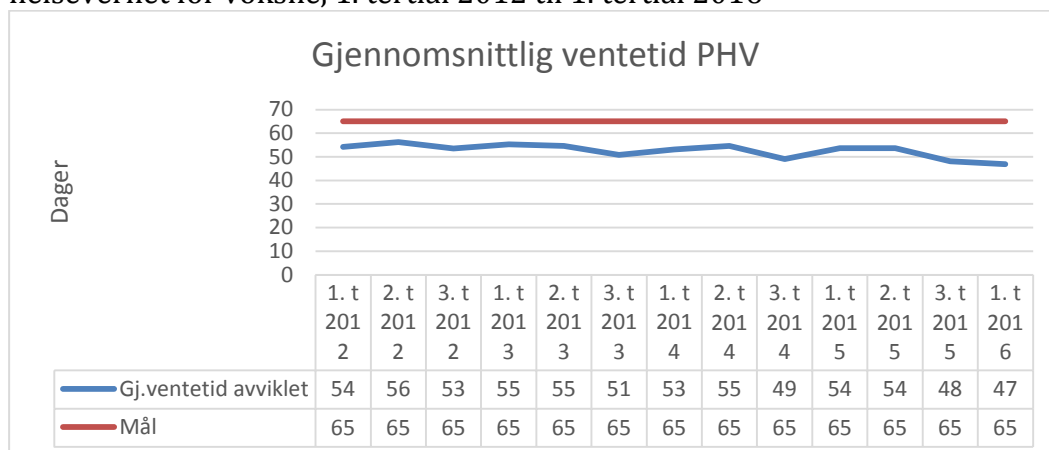
	2011	2012	2013	2014	2015	%-endr. 14-15
Polikliniske konsultasjoner	1 239 625	1 281 826	1 357 317	1 425 917	1 526 715	7,1 %
Utskrivninger	52 835	53 517	52 290	53 130	52 515	-1,2 %
Antall oppholdsdøgn	1 288 550	1 221 998	1 143 279	1 118 007	1 088 494	-2,6 %
Årlig forbruksvekst (vekst i veid aktivitet), prosent *	1,80	1,74	-0,51	2,41	0,80	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	1,5	1,6	1,6	1,3	1,3	
Realvekst i forbruk, prosent	0,3	0,1	-2,1	1,1	-0,5	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.

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

Det har gjennom de siste årene 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, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2016. Norsk pasientregister (Rapport IS-2448)

Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist noe nedgang de senere årene. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2016 er 47 dager, som er historisk lavt.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	%-endr. 14-15
Polikliniske konsultasjoner med refusjon	720 456	729 217	761 435	783 015	817 529	4,4
Behandlede pasienter	57 416	57 745	57 380	57 355	58 234	1,5
Årlig forbruksvekst, (beh. Pasienter) prosent *	2,1	0,6	-0,6	0,0	1,5	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	0,2	0,0	0,2	0,1	0,3	
Realvekst, prosent	1,9	0,6	-0,9	-0,2	1,2	

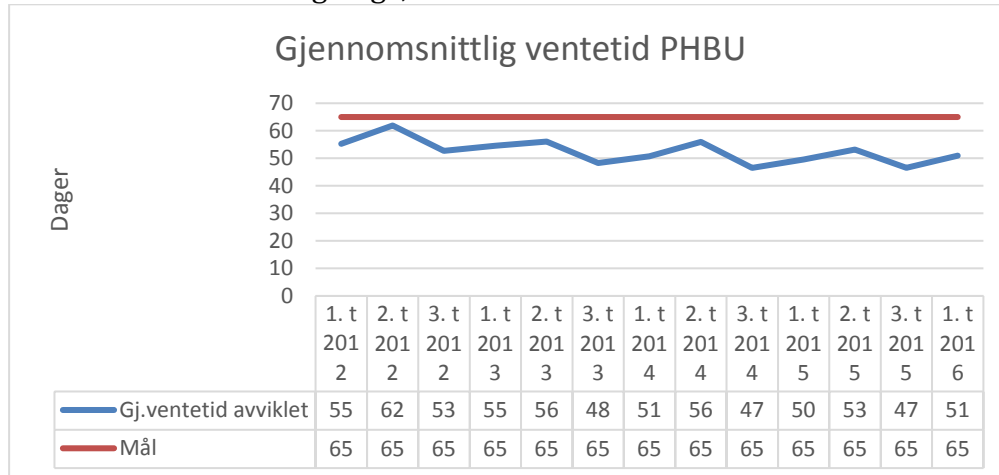
Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.

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

For psykisk helsevern for barn og unge har antall polikliniske konsultasjoner økt med 4,4 prosent. Samtidig har antall behandlede pasienter økt med 1,5 prosent fra 2014-2015.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016. Ventetiden er under kravet gjennom hele perioden, men har vært relativt stabil de siste to årene.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2016. Norsk pasientregister (Rapport IS-2448)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2017-2018

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 2014-2018 tilsvarer 1,3 % pr år i VOP og 0,3 % 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 at kommunene blir bedre i stand til å møte pasienter med

² Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

psykiske lidelser/begynnende psykiske lidelser (jf. samhandlingsreformen). Ventetiden kan også reduseres ved å gjøre endringer i aktivitetsprofilen til behandlingstilbudet. I tillegg vil bedre logistikk og organisering av arbeidsprosesser, samt standardisering av pasientforløp bidra til økt effektivitet og dermed reduserte ventetider. 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 2017 til 2018. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 2,3 prosent.

For BUP er anslaget for realvekst fra 2017 til 2018 1,7 prosent, slik at når demografisk vekst på 0,3 prosent inkluderes, blir det samlede anslaget på 2 prosent.

4.3. Tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	%endr. 14-15
TSB	4 469	4 667	4 725	4 916	5 193	5,6
Årlig vekst, prosent		4,4	1,2	4,0	5,6	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015

I perioden 2011-2015 har ressursene til rusfeltet økt med 15 prosent, og fra 2014 til 2015 med 5,6 prosent. Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at tilbudet er styrket, blant annet gjennom rusreformen og nasjonal satsing. 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 2010-2015

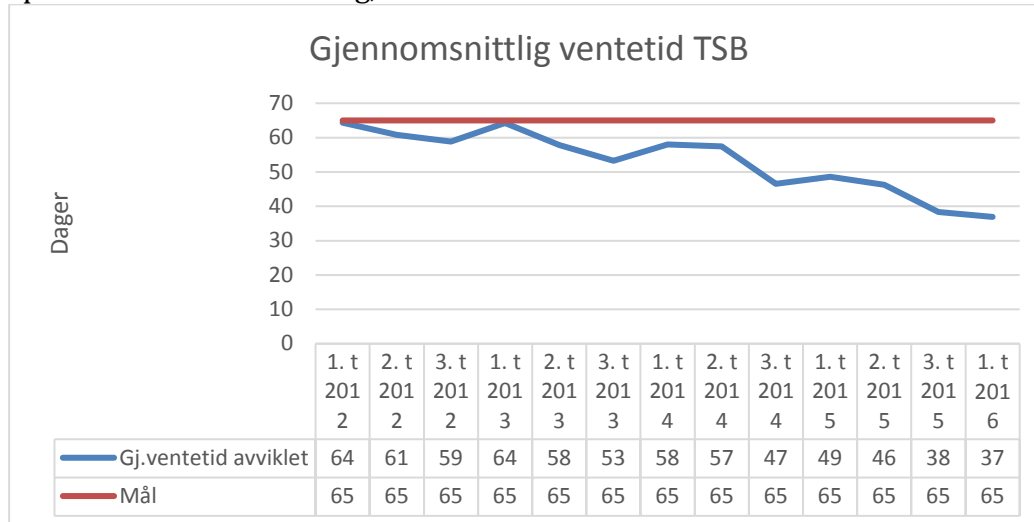
	2011	2012	2013	2014	2015	%endr. 14-15
Døgnplasser TSB	1 752	1 692	1 712	1 906	1 947	2,2
Årsverk TSB	3 771	3 954	3 829	4 050	-	
Antall oppholdsdøgn	590 252	580 098	570 138	585 735	627 118	7,1
Antall innleggelseser	13 063	12 934	12 989	13 655	14 403	5,5
Polikliniske konsultasjoner	307 850	348 607	363 658	390 190	441 057	13,0
Årlig vekst (kostnader), prosent *		4,4	1,2	4,0	5,6	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,5	1,4	1,2	1,1	
Realvekst, prosent		3,0	-0,2	2,9	4,5	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.

* Vekst beregnet på grunnlag av deflatert kostnad.

Gjennomsnittlig ventetid for TSB har vært lavere enn det nasjonale målet fra 2012 til 2016. Det har også vært en sterk reduksjon de siste to årene og er per 1. tertial 2016 på 37 dager.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avvirket fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2016. Norsk pasientregister (Rapport IS-2448)

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2017-2018

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 strategier 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 2015-2018 er beregnet til 1,1 prosent hvert år i perioden.³

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 2011-2015 var i gjennomsnitt på 2,2 prosent, mens realveksten fra 2014 til 2015 var 5,6 prosent.

Fra 2017 til 2018 anslås en realvekst i aktivitet på 1,5 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 2,6 prosent.

³ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

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

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2018

Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre behandlingsmetoder, spesielt legemidler. Økende etterspørsel etter slike metoder/legemidler er krevende. Anvendelse på nye områder gir økte kostnader som må reflekteres i årlig bevilgning slik at denne utviklingen ikke går på bekostning av andre fagplaner i spesialisthelsetjenesten. De nye legemidlene kommer nesten utelukkende innenfor somatikk. Noe som påvirker kostnadsutviklingen mer innenfor somatikk sammenlignet med psykisk helsevern og TSB (den gylne regel).

Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger

De strukturelle konsekvensene for den nye legespesialiststrukturen og legespesialistutdanningen vil bli svært kostnadskreven, både med tanke på overgangsordninger og for vaktberedskapen, slik den blir når ordningen er endelig etablert. Det er også skissert en kompetanseheving blant veiledere, som i seg selv vil påvirke aktivitet og vil ha betydelige kostnader.

Ambulante og digitale tjenester: behov for endring av takstsystemer

Det er behov for endring av takstsystem for å understøtte og ikke motvirke ønsket utvikling innenfor ambulante og digitale tjenester (elektroniske konsultasjoner).

Finansiering av aktivitet ved omlegging fra døgn- til dagbehandling/poliklinikk

Det er behov for finansieringsordninger som understøtter og ikke motvirker en ønsket omlegging av aktivitet fra døgn- til dagbehandling/poliklinikk.

Innsats for digital fornying – lånefinansiering av IKT

Gode digitale løsninger er viktig for å sikre likeverdige helsetjenester, god behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Videre IKT-satsning innen hele helsesektoren vil også legge til rette for bedret kostnadseffektivitet i behandling. Pasientrettighetsloven, pasientjournalloven og helseregisterloven krever oppgradering av de pasientadministrative systemene, og opplæring i helseforetakene. Det bør gis muligheter for lånefinansiering av større IKT-investeringer.

Gjennomgang av tredjepartsfinansiering

Som en følge av oppgaveoverføringer fra trykdeetaten 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. Dagens praksis bryter med det finansielle ansvarsprinsippet⁴, som tilsier at det myndighetsorgan som har beslutningskompetanse også skal ha finansieringsansvaret. Det bes om at de områdene hvor helseforetakene

⁴ NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune (s. 96)

finansierer tredjepart, kartlegges og gjennomgås for å sikre samsvar mellom faglig og økonomisk ansvar.

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 2017-2021 planlegges det å investere for kr 15,7 mrd., herav kr 1,1 mrd. til investering i medisinsk teknisk utstyr og kr 1,4 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 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 forprosjekt ferdig i 2017
- større utbygging av Haugesund sykehus i Helse Fonna med forprosjekt ferdig i 2017
- med utgangspunkt i arealplan planlegges flere utbyggingsprosjekter ved Førde sentralsjukehus i Helse Førde

I Helse Bergen er det også behov for en videre oppgradering og ombygging i sentralblokken.

Det er søkt om lånefinansiering av oppgradering og ombygging av sentralblokken i Helse Bergen, utbygging i Helse Stavanger og i Helse Førde fra 2017.

I Helse Fonna planlegges en utbygging i størrelsesorden kr. 3,3 mrd. frem til 2030 i to byggetrinn. Kostnadsrammen er satt til 1,8 mrd. kr (P85), og 1,6 mrd (P50)for byggetrinn 1. Det søkes i denne omgang om 70 % lånefinansiering av dette, jf også brev av 04.08.16 fra Helse Vest.

Vennlig hilsen

Herlof Nilssen
adm. direktør

Hans K. Stenby
plansjef

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