

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 2018 til 2019, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes.

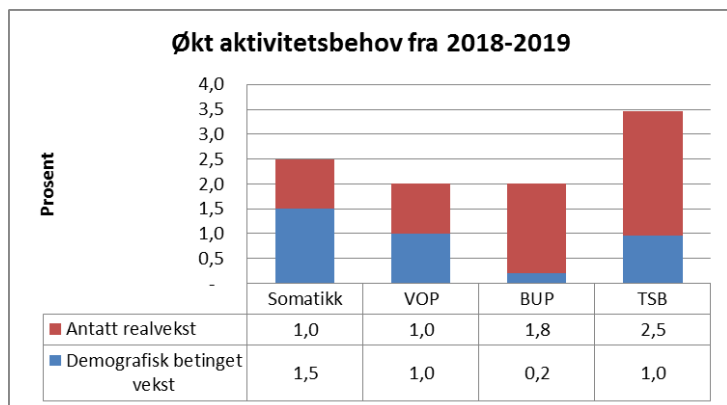
Realvekst:

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 kostnads-krevende – 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 2018 til 2019 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Den demografiske veksten er beregnet til 1,5 prosent for somatiske tjenester, 1,0 og 0,2 prosent for psykisk helsevern for voksne/barn og ungdom og 1,0 prosent for TSB.

Realveksten anslås til 1,0 prosent for somatiske tjenester, 1,0 prosent og 1,8 prosent for psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom, og 2,5 prosent for TSB. Samlet er anslått realvekst innen psykisk helsevern og TSB større enn anslått realvekst for somatiske tjenester.

Samlet utgjør dette et beregnet økt aktivitetsbehov på 2,5 prosent for somatiske tjenester, 2,0 prosent for psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom, og 3,5 prosent for TSB.



Figur 1: Aktivitetsbehov 2018-2019 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.

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

- Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
- Finansiering av investeringer

- Gjennomgang av tredjepartsfinansiering

2. Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2017 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2019 innen 1. desember 2017.

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 kostnadskrevede 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. Betrachningene 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 2019:

Demografisk betinget vekst: Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fra 2018 til 2019, 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 kostnadskrevenende 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 kostnadskrevenende – behandlingsmetoder tas i bruk, behandlingmulighetene 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 også en helsepolitisk prioritering å styrke områdene psykisk helsevern og TSB.

Det er viktig at arbeidet med oppfølging av prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne videreføres og at arbeidet med å etablere og drive de nasjonale medisinske kvalitetsregistre gis høy prioritet. Resultater fra medisinske kvalitetsregistre og helseatlas 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 2019

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2019 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 2012-2016

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 2012 og 2013 var lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten, og det var dermed negativ realvekst. Realveksten i 2014, 2015 og 2016 var positiv, og høyest i 2015, på 1,5 prosent.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2012-2016

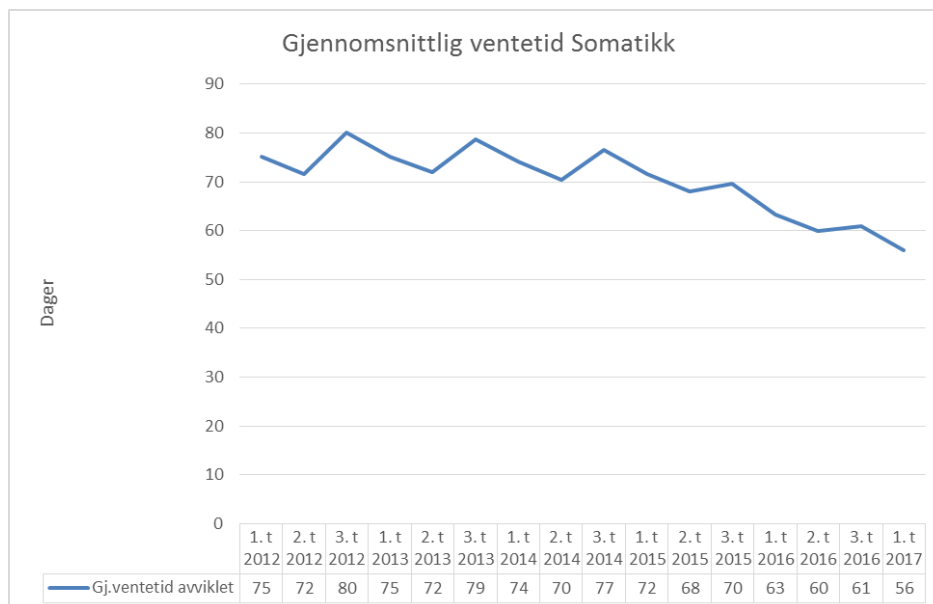
	2012	2013	2014	2015	2016
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng*)	1 329 327	1 336 416	1 365 311	1 405 169	1 434 972
Årlig forbruksvekst, prosent	-0,1	0,5	2,2	2,9	2,1
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3
Realvekst i forbruk, prosent	-1,6	-1,0	0,8	1,5	0,8

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016

*) Med «estimert» menes at DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig gruppering 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 per 1. tertial 2017 er ventetiden 56 dager. Dette er 4 dager lavere enn minimumskravet for 2017, som er 60 dager.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste, somatikk, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2017



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2017. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2018-2019

Ut fra SSBs fremskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2016-2019 tilsvarende 1,5 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 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.

Det er viktig å sikre en stabil lav ventetid, under, eller i tråd med mål per 2017. Å redusere ventetiden ytterligere vil også kreve økt aktivitet - utover det som er demografisk betinget.

Behovet for realvekst anslås til å være 1 prosent, slik at når demografisk betinget vekst inkluderes, blir samlet behov for aktivitetsvekst innen somatikk fra 2018 til 2019 på 2,5 prosent.

¹ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskriving, alternativ MMMM.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	%-endr. 15-16
Psykisk helsevern for voksne	18 984	18 629	18 696	18 639	18 752	0,6 %
Psykisk helsevern for barn og unge	4 220	4 201	4 273	4 298	4 358	1,4 %
Psykisk helsevern samlet	23 205	22 830	22 969	22 937	23 110	0,8 %
Årlig vekst, prosent	1,5 %	-1,6 %	0,6 %	-0,1 %	0,8 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016. (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 2016 for mer detaljer).

Finansieringen av psykisk helsevern er i mindre grad aktivitetsbasert sammenlignet med de somatiske tjenestene. Det er også en svært liten endring i kostnader mellom årene i denne sektoren. Det var fra 2015 til 2016 en kostnadsvekst på henholdsvis 0,6 og 1,4 prosent for helsevern for voksne og for barn og unge. De samlede kostnadene til psykisk helsevern for voksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) viser en vekst på 0,8 prosent.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne har økt kraftig de siste årene, og med 4,5 prosent, fra 2015-2016. Tilsvarende er det en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 0,4 prosent fra 2015-2016. Veksten i antall utskrivinger varierer i perioden, men det er en vekst på 1,1 prosent fra 2015-2016.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2012-2016

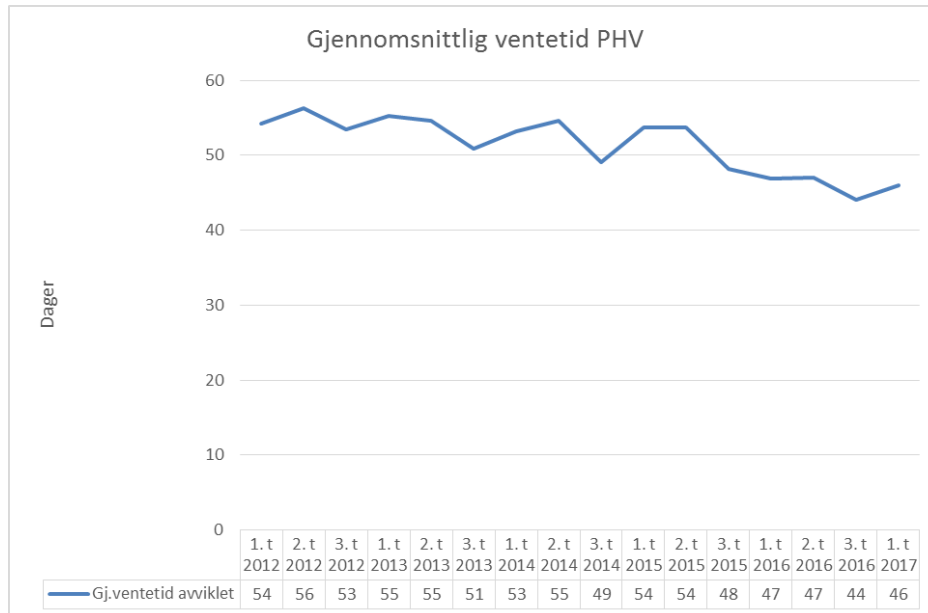
	2012	2013	2014	2015	2016	%-endr. 15-16
Polikliniske konsultasjoner	1 281 826	1 357 317	1 425 917	1 526 715	1 595 304	4,5
Utskrivinger	53 517	52 290	53 130	52 515	53 093	1,1
Antall oppholdsdøgn	1 221 998	1 143 279	1 118 007	1 088 494	1 083 938	-0,4
Årlig forbruksvekst (vekst i veid aktivitet), prosent *	1,7	-0,5	2,4	0,8	2,0	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	1,6	1,6	1,3	1,3	0,9	
Realekst i forbruk, prosent	0,1	-2,1	1,1	-0,5	1,1	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016.

* Ved beregning av vekst i forbruk er utskrivinger 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 2017



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2017. Helsedirektoratet.no

Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist noe nedgang de senere årene. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2017 er 46 dager, som er én dag lavere enn i 1. tertial 2016.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	%endr. 15-16
Polikliniske konsultasjoner med refusjon	729 217	761 435	783 015	817 529	821 669	0,5
Behandlede pasienter	57 745	57 380	57 355	58 234	57 507	-1,2
Årlig forbruksvekst, (beh. Pasienter) prosent *	0,6	-0,6	0,0	1,5	-1,2	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	0,0	0,2	0,1	-0,1	0,1	
Realvekst, prosent	0,6	-0,8	-0,1	1,6	-1,3	

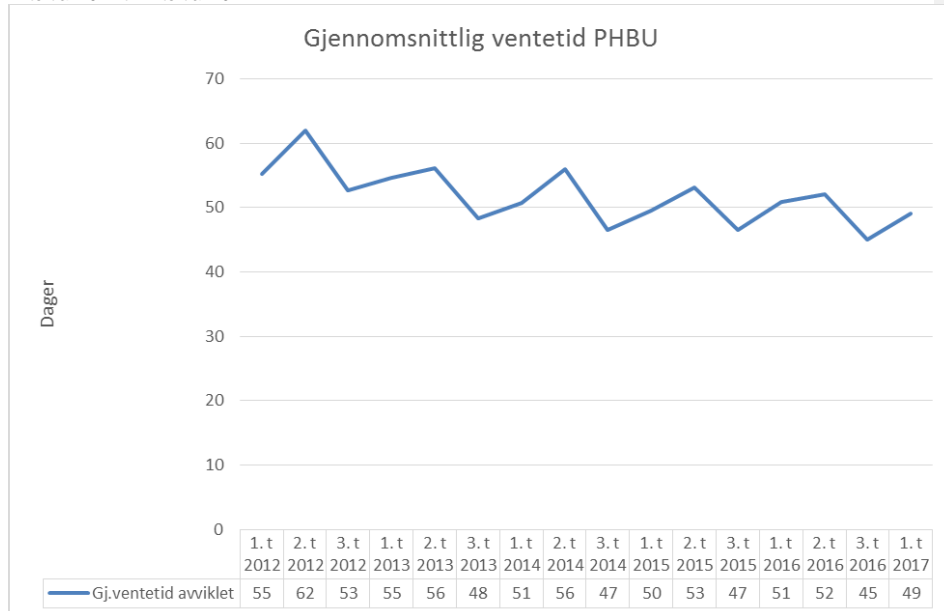
Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016.

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

For psykisk helsevern for barn og unge har antall polikliniske konsultasjoner økt med 0,5 prosent. Samtidig har antall behandlede pasienter gått ned med 1,2 prosent fra 2015-2016.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 1. tertial 2012 til 1. tertial 2017. Ventetiden er under kravet gjennom hele perioden, men har vært relativt stabil de siste to årene.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avvirket fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2017



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2017. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2018-2019

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 2016-2019 tilsvarer 1,0 % pr år i VOP og 0,2 % pr 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.

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 at kommunene blir bedre i stand til å møte pasienter med psykiske lidelser/begynnende psykiske lidelser (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 2018 til 2019. Når demografisk betinget vekst inkluderer på 1,0 prosent, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 2,0 prosent.

I tråd med helsepolitiske prioriteringer settes anslaget for realvekst på BUP fra 2018 til 2019 til 1,8 prosent, slik at når demografisk vekst på 0,2 prosent inkluderer, blir det samlede anslaget på 2,0 prosent.

4.3. Tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	%endr. 15-16
TSB	4 434	4 490	4 718	5 032	5 340	6,1 %
Årlig vekst, prosent	4,5	1,3	5,1	6,6	6,1	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016

I perioden 2015 til 2016 med har utgiftene til TSB økt med 6,1 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, men antall døgnplasser har vært ganske stabil de siste tre årene. Det er en særlig sterk vekst i omfanget av polikliniske konsultasjoner.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2012-2016

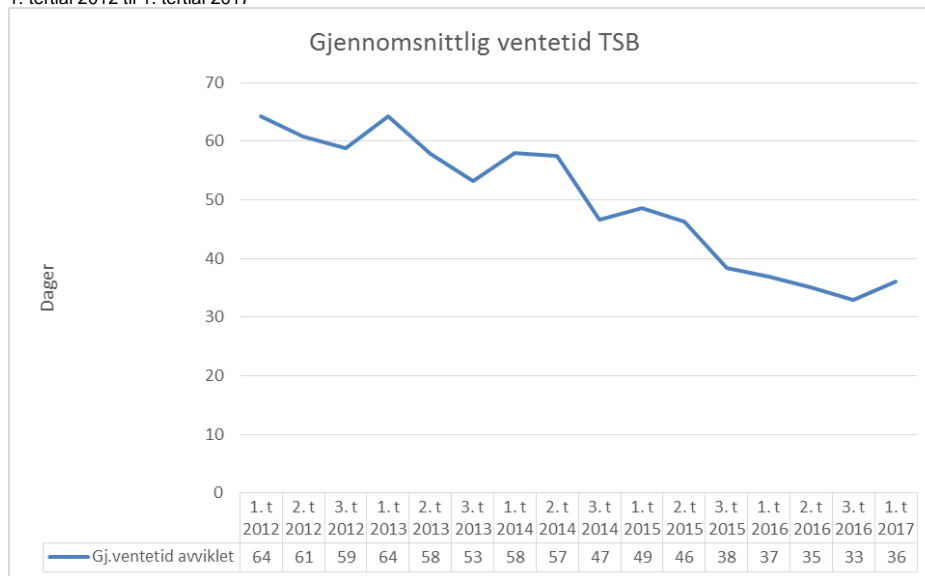
	2012	2013	2014	2015	2016	%endr. 15-16
Døgnplasser TSB	1 692	1 712	1 906	1 947	1 923	-1,2
Antall oppholdsdegn	580 098	570 138	585 735	627 118	644 576	2,8
Antall innleggelses	12 934	12 989	13 655	14 403	14 433	0,2
Polikliniske konsultasjoner	348 607	363 658	390 190	441 057	481 270	9,1
Årlig vekst (kostnader), prosent **)	4,5	1,3	5,1	6,6	6,1	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent	1,5	1,4	1,2	1,1	0,7	
Realvekst, prosent	3,0	-0,1	3,9	5,5	5,4	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016.

* Vekst beregnet på grunnlag av deflatert kostnad.

Gjennomsnittlig ventetid for TSB har vært lavere enn det nasjonale målet fra 2012 til 2017. Det har også vært en sterk reduksjon de siste to årene og er per 1. tertial 2017 på 36 dager.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 1. tertial 2012 til 1. tertial 2017



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2017. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2018-2019

Strukturen på dagens behandlingstilbud er til dels ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør fortsatt akuttfunksjoner (inkl avrusning og innleggelse etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes, jf. nasjonale 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 2015-2019 er beregnet til 1 prosent hvert år i perioden.³

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

Realveksten for årene 2011-2015 var i gjennomsnitt på 2,2 prosent, mens realveksten fra 2015 til 2016 har vært over 5 prosent. Realveksten så langt har hatt et element av kvalitetshevning. Det er grunn til å tro at veksten vil bli lavere i årene framover. Fra 2018 til

³ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning, alternativ MMMM.

2019 anslås derfor en realvekst i aktivitet på 2,5 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 3,5 prosent.

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

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2019

Kostbare legemidler/behandlingsmetoder

Legemidler er et område i rask utvikling, og det forventes en kraftig økning i kostnader også i årene framover. Nye legemidler antas å komme både til erstatning for tidligere behandling, men også i tillegg til eksisterende og nye behandlingsmetoder. Utviklingen utfordrer det etablerte finansieringsregimet.

Dagens modell for innsatsstyrt finansiering (ISF) oppdateres årlig, og den tar ikke tilstrekkelig hensyn til nye legemidler eller andre endringer som kommer gjennom året. For at et legemiddel skal utløse refusjon i ISF-ordningen, må de være godkjent i beslutningsforum innen 1.oktober året forut for det aktuelle året, eller de må være erstatning for et likeverdig legemiddel. Nye legemidler med andre virkestoffer og utvidet indikasjon gir ikke ISF-refusjon i dagens ordning.

Overføring av midler til Hepatitt-C fra basisramme til ISF-refusjon i 2017, samt anbefaling av legemidler med utvidet indikasjon som ble godkjent i beslutningsforum i januar 2017, er et godt eksempel på at dagens finansieringsordning ikke har tilstrekkelig fleksibilitet. Denne spesifikke endringen har påført spesialisthelsetjenesten utilsiktede utfordringer i form av reduserte inntekter.

I dagens finansieringsmodell bærer spesialisthelsetjenesten alle kostnader og all risiko for nye legemidler i innføringsåret. Utviklingen innen nye legemidler bør reflekteres i de årlige bevilgningene, og den innsatsstyrte finansieringen bør innrettes slik at utviklingen ikke går på bekostning av andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er behov for at det etableres en ordning med større fleksibilitet i forhold til anbudsprosessene og nye legemidler, for den innsatsstyrte delen av finansieringen. Dette er ikke et spørsmål om å øke inntektene, men å opprettholde sammenhengen mellom aktivitet/kostnad og finansiering.

Finansiering av investeringer:

Helseforetakene har flere større investeringer de nærmeste årene. Det blir viktig å sikre tilstrekkelig likviditet til helseforetakene når foretakene i seg selv har økonomisk bærekraft til å bære kostnadene ved investeringene. Alternativet er at helseforetakene må «spare» i mange år før en har tilstrekkelig likviditet til å investere. Dette kan gjøres på ulike måter, men spesifikk vurdering av løpetid og låneandel, muligheter for avdragsfrihet, annuitet versus serielån, samt lange fastrenteavtaler kan være egnede virkemidler til å få realisert nødvendige investeringer.

Gjennomgang av tredjepartsfinansiering

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. Dagens praksis bryter med det finansielle ansvarsprinsippet⁴, som tilsier at det myndighetsorgan som har beslutningskompetanse også skal ha finansieringsansvaret. Det

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

bes om at de områdene hvor helseforetakene 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.

Det er gitt lånetilsagn til større utbygginger i alle de fire helseforetakene.

Helse Vest vil når det gjelder utbyggingsprosjektet i Helse Stavanger eventuelt komme tilbake med en utvidet lånesøknad grunnet behov for mer forsknings- og undervisningsareal til bruk i samarbeidet med Universitetet i Bergen om medisinerutdanningen.

I langtidsbudsjettperioden 2018-2022 planlegges det å investere for kr 17,8 mrd., herav kr 1,4 mrd. til investering i medisinsk teknisk utstyr og kr 1,5 mrd. til IKT.

De store prosjektene vil strekke seg utover langtidsbudsjettperioden.

Vennlig hilsen

Herlof Nilssen
adm.direktør

Hans K. Stenby
plansjef

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

Vedlegg

Kopi til:

Formatert: Skriftfarge: Automatisk