

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

**Deres ref:**

**Vår ref:**  
2018/816 - 5548/2018

**Saksbehandler:**  
Hans K. Stenby 51 96 38 17

**Dato:**  
21.11.2018

## **Innspill statsbudsjettet 2020**

### **Innledning**

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 16. januar 2018 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2020 innen 1. desember 2018

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2020 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB) som grunnlag for innspill til statsbudsjettet for 2020.

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2020.

Styret i Helse Vest RHF behandlet innspillet 11. des. 2017, jf. styresak 126/18 På bakgrunn av behandling i styret vil Helse Vest gi følgende innspill:

### **1. Sammendrag og konklusjon**

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2020 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2020.

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, et ønske om kortere ventetid samt andre helsepolitiske prioriteringer.

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 framskriving av folke­mengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fram mot 2020, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes.

*Realvekst:*

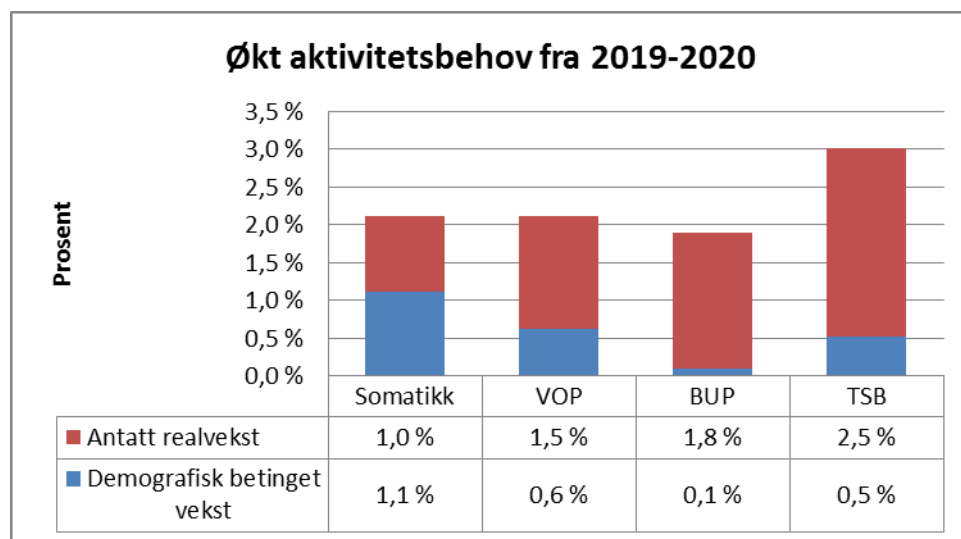
Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som forventes. Realveksten er en sum av flere forhold. Vekst oppstår blant annet som følge av at ny teknologi og nye – og ofte kostnads­krevende – behandlingsmetoder og legemidler tas i bruk og indikasjon for behandling endres. 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 2019 til 2020 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Den demografiske veksten er beregnet til 1,1 prosent for somatiske tjenester, 0,6 prosent for psykisk helsevern for voksne, 0,1 prosent for psykisk helsevern barn og ungdom og 0,5 prosent for TSB.

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

Samlet utgjør dette et beregnet økt aktivitetsbehov på 2,1 prosent for somatiske tjenester, 2,1 prosent for psykisk helsevern for voksne, 1,9 prosent for barn og ungdom, og 3,0 prosent for TSB.

Figur 1: Aktivitetsbehov 2019-2020 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
- Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger

## **2. Innledning**

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 16. januar 2018 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2020 innen 1. desember 2018.

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 også være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger, teknologi, utstyr og økt innsats innen utdanning, 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 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 driftsressurser og investeringsmidler 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, at nye og kostnadskrevenne behandlingsmetoder tas i bruk og ønske om økt aktivitet på noen områder.

Analysene i dette innspillet er gjennomført på aggregert nivå. De regionale helseforetakene mener at den overordnede tilnærmingen gir et godt grunnlag og har ikke grunn til å anta 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. Betrakningene 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 2020:

Demografisk betinget vekst: Ut fra SSBs framskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fram mot 2020, der

alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling benyttes.

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 pasientgrupper. 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 kvalitetsregistrene 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 2020

### 4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2020 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 2013-2017

Den demografiske framskrivningen av behovene er beregnet ut fra Magnussenutvalgets behovsindekser og befolkningsutviklingen i de respektive helseregioner (SSB). Dette er altså en ren demografisk framskrivning av behovene. Tabell 1 viser at forbruksveksten i 2017 var lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten, og det dermed er beregnet en negativ realvekst. Det kan være at forbruksveksten er noe underestimert. Forbrukstallene inneholder ikke aktivitet i form av pasientadministrert legemiddelbehandling, et område som har hatt sterkere vekst enn øvrig behandling de senere årene. Realveksten resten av perioden var positiv, og høyest i 2015, på 1,5 prosent.

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2013-2017

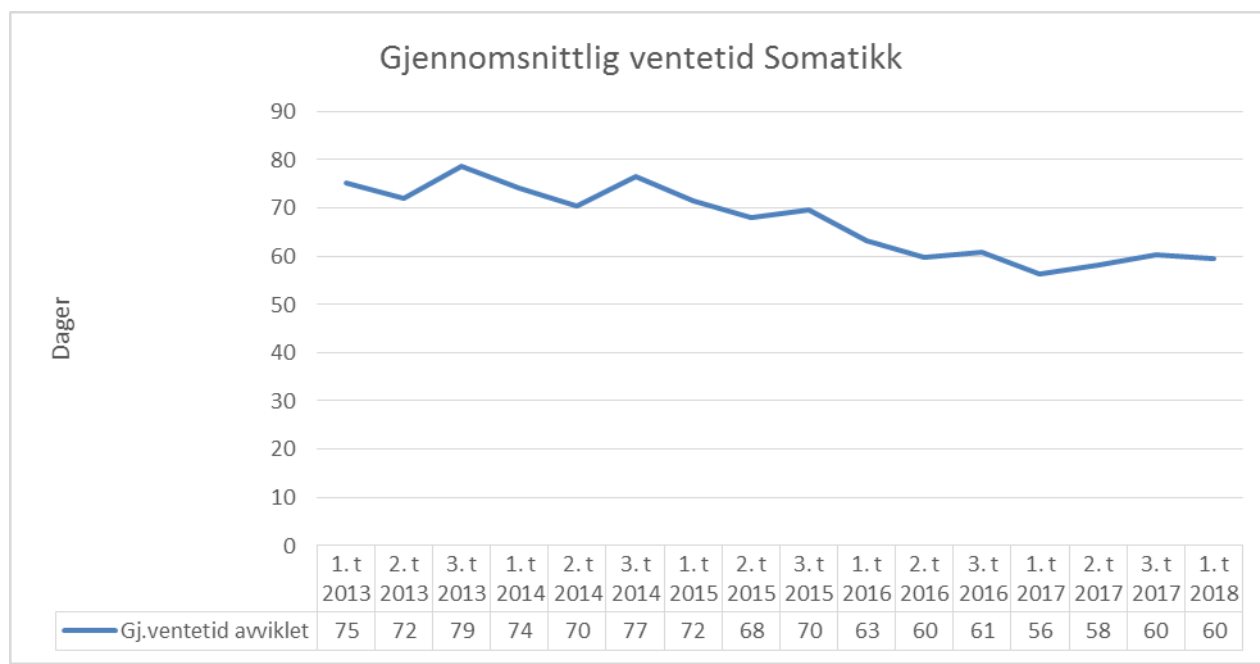
	2013	2014	2015	2016	2017
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng*)	1 352 152	1 381 539	1 422 021	1 451 669	1 461 816
Årlig forbruksvekst, prosent		2,2	2,9	2,1	0,7
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent		1,4	1,4	1,3	1,2
<b>Realvekst i forbruk, prosent</b>		<b>0,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>-0,5</b>

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017

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

Figur 2 viser utvikling i ventetid for avviklede pasienter innenfor somatisk sektor. Det har vært reduksjon i ventetider i perioden. Reduksjonen kom i midten av perioden, dvs. de årene som hadde realvekst i aktiviteten. På slutten av perioden ser vi noe økning i ventetiden. Per 1. tertial 2018 er ventetiden 60 dager. Dette er 4 dager mer enn samme periode 2017, og 10 dager mer enn målkravet for 2021, som er 50 dager.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste, somatikk, 1. tertial 2013 til 1. tertial 2018



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2018. Helsedirektoratet.no

### Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2019-2020

Ut fra SSBs framskrivning av folke­mengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2017-2020 tilsvarende 1,1 prosent pr år<sup>1</sup>.

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 bidra til redusert ventetid slik at en kan nå de mål som er satt for 2021. Å redusere ventetiden vil også kreve økt aktivitet - utover det som er demografisk betinget.

Behovet for realvekst anslås til å være 1,0 prosent, dvs. likt med gjennomsnittlig realvekst i perioden med fallende gjennomsnittlig ventetid (2013-2016). Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir samlet behov for aktivitetsvekst innen somatikk fra 2019 til 2020 på 2,1 prosent.

<sup>1</sup> Beregnet på grunnlag av SSBs framskrivning publisert 26. juni 2018, alternativ MMMM. SSBs prognoser for befolkningsvekst er nedjustert i forhold til framskrivningene publisert 21. juni 2016.

## 4.2. Psykisk helsevern

### Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	%endr. 16-17
Psykisk helsevern for voksne	18 965	19 002	18 961	19 162	19 243	0,4 %
Psykisk helsevern for barn og unge	4 301	4 374	4 349	4 452	4 539	2,0 %
Psykisk helsevern samlet	23 266	23 376	23 310	23 614	23 782	0,7 %
Årlig vekst, prosent		0,5 %	-0,3 %	1,3 %	0,7 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017.

Finansieringen av psykisk helsevern er i mindre grad aktivitetsbasert sammenlignet med de somatiske tjenestene. Det er også relativt liten endring i kostnader mellom årene i denne sektoren. Det var fra 2016 til 2017 en kostnadsvekst på henholdsvis 0,4 og 2,0 prosent for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. De samlede kostnadene viser en vekst på 0,7 prosent.

Tabellen nedenfor viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne har økt kraftig de siste årene. Veksten fra 2016 til 2017 er på hele 9,3 prosent, men denne kan være påvirket av registreringsendring som følge av endret regelverk ved innføringen av Innsatsstyrt finansiering (ISF). Veksten i antall polikliniske konsultasjoner fra 2013-2016 er på 5,5 prosent per år. Tilsvarende er det en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 2,2 prosent fra 2016-2017. Veksten i antall utskrivinger varierer i perioden, men det er en vekst på 0,8 prosent fra 2016-2017.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2013-2017

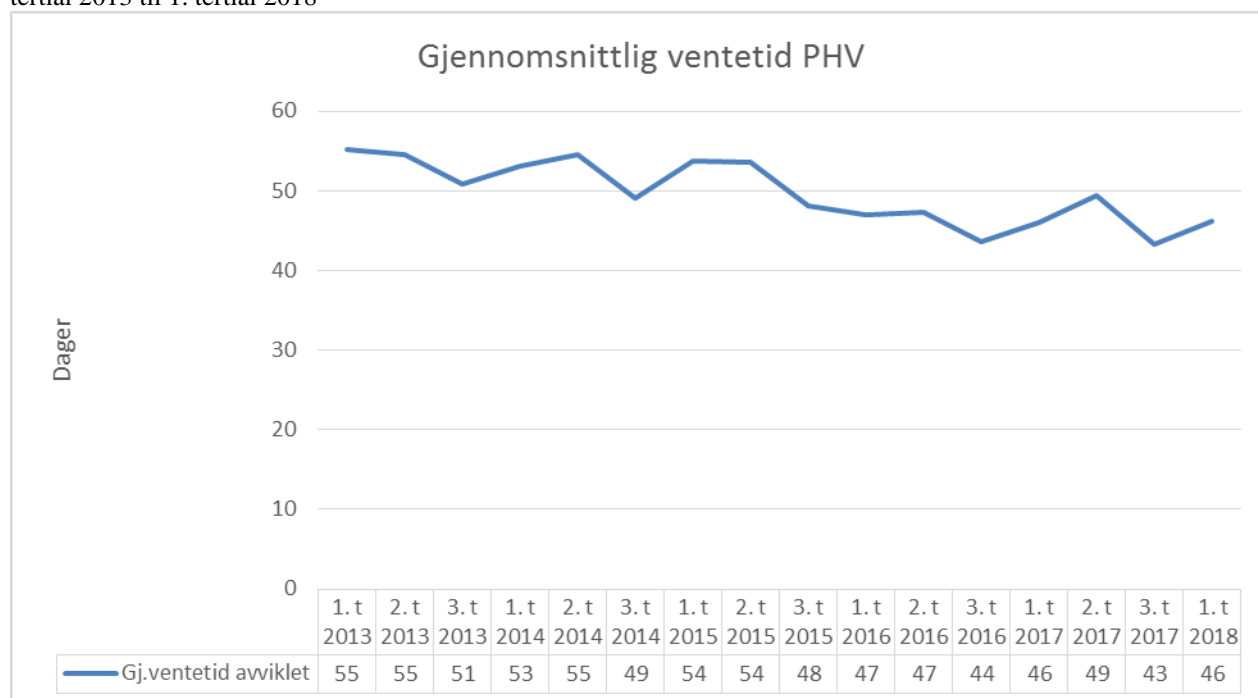
	2013	2014	2015	2016	2017	%endr. 16-17
Polikliniske konsultasjoner	1 357 317	1 425 917	1 525 223	1 595 304	1 744 119	9,3
Utskrivinger	52 290	53 130	52 515	53 093	53 534	0,8
Antall oppholdsdøgn	1 143 279	1 118 007	1 088 494	1 083 938	1 060 473	-2,2
Veid aktivitet PHV-V	5 843 799	5 984 471	6 031 010	6 150 683	6 337 336	3,0
Årlig forbruksvekst (vekst i veid aktivitet), prosent *		2,4	0,8	2,0	3,0	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,3	1,3	0,9	0,7	
Realvekst i forbruk, prosent		1,1	-0,5	1,0	2,3	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017.

\* 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 2013 til 1. tertial 2018



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2018. Helsedirektoratet.no

Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist noe nedgang de senere årene. Men denne ser ut for å ha flatet ut på slutten av perioden. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2018 er 46 dager, som er det samme som 1. tertial 2017.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	%endr. 16-17
Polikliniske konsultasjoner med refusjon	761 435	783 015	817 529	821 669	840 569	2,3
Behandlede pasienter	57 380	57 355	58 234	57 507	59 085	2,7
Årlig forbruksvekst, (beh. Pasienter) prosent *		0,0	1,5	-1,2	2,7	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		0,1	-0,2	0,2	0,7	
Realvekst, prosent		-0,1	1,7	-1,4	2,1	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017.

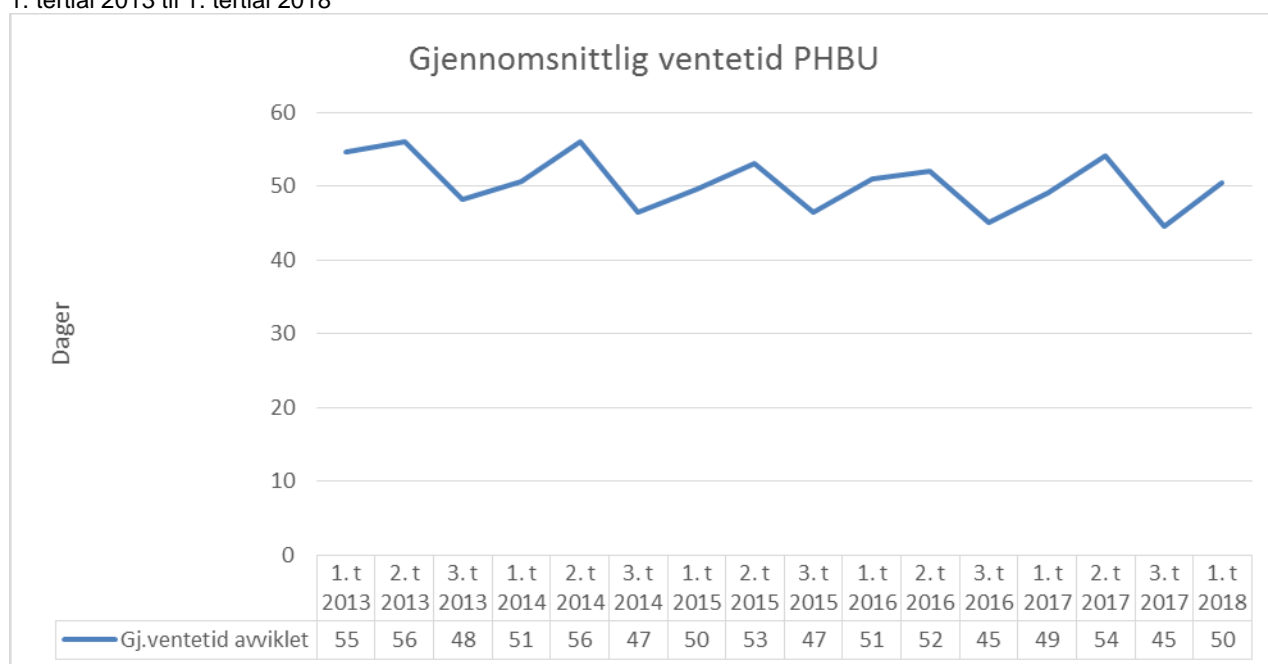
\* Forbruksvekst beregnet på grunnlag av økning i antall behandlede pasienter.

For psykisk helsevern for barn og unge har antall polikliniske konsultasjoner økt med 2,3 prosent. Samtidig har antall behandlede pasienter økt med 2,7 prosent fra 2016-2017.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 1. tertial 2013 til 1. tertial 2018, men reduksjonen har flatet ut på slutten av perioden.

Ventetiden per 1. tertial er om lag på kravet for 2021, 50 dager, noe som er en dag mer enn tilsvarende periode 2017.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, 1. tertial 2013 til 1. tertial 2018



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2018. Helsedirektoratet.no

### Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2019-2020

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.

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

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2017-2020 tilsvarer 0,6 prosent pr år i VOP og 0,1 prosent per år i BUP.<sup>2</sup> I tillegg vil bl.a. endring i behov, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser spille inn og påvirke aktivitetsbehovet. 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 at kommunene blir bedre i stand til å møte pasienter med psykiske lidelser/begynnende psykiske lidelser og gjennom bedre samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Ventetiden kan også reduseres gjennom utvikling av de polikliniske og ambulante tjenestene. Det legges til grunn at en reduksjon i ventetidene vil kreve ytterligere aktivitetsvekst.

<sup>2</sup> Beregnet på grunnlag av SSBs framskrivning publisert 26. juni 2018, alternativ MMMM. SSBs prognoser for befolkningsvekst er nedjustert i forhold til framskrivningene publisert 21. juni 2016..



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 godt 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 1,5 prosent fra 2019 til 2020. Når demografisk betinget vekst inkluderes på 0,6 prosent, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 2,1 prosent.

I tråd med helsepolitiske prioriteringer, deriblant å oppnå målet om reduserte ventetider, settes anslaget for realvekst på BUP fra 2019 til 2020 til 1,8 prosent slik at når demografisk vekst på 0,1 prosent inkluderes, blir det samlede anslaget på 1,9 prosent.

### 4.3. Tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere (TSB)

#### Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 5: Kostnader (millioner kr, faste priser) TSB. Nasjonale tall 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	%endr. 16-17
TSB	4 623	4 867	5 124	5 431	5 464	0,6
Årlig vekst, prosent		5,3	5,3	6,0	0,6	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017

I perioden 2013 til 2017 har utgiftene til TSB økt med 18,2 prosent. Veksten kom primært i første del av perioden, og veksten i kostnader fra 2016 til 2017 var kun 0,6 prosent. Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritert 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. Veksten i antall døgnplasser varte frem til 2015, og det var en svak reduksjon i antall døgnplasser i 2016 og 2017. Det har vært en sterk vekst i omfanget av polikliniske konsultasjoner i perioden (34 prosent), men også denne flatet ut siste år.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2013-2017

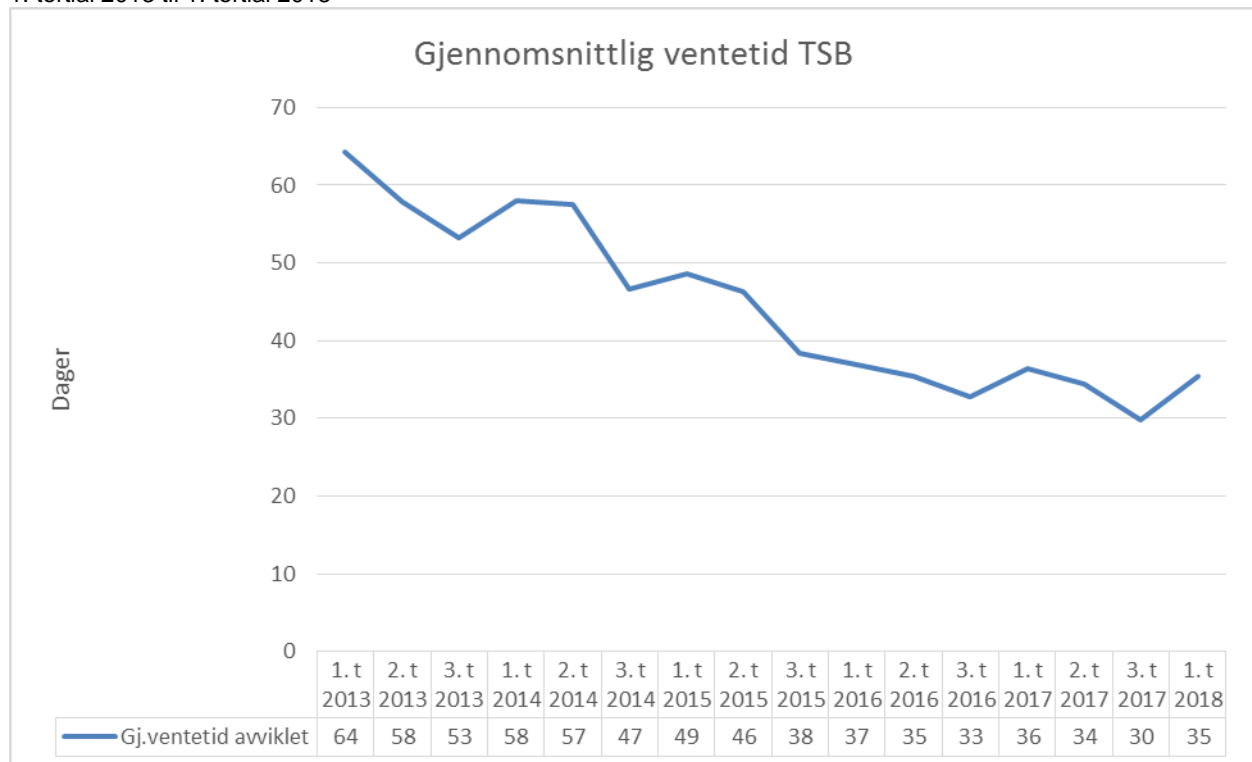
	2013	2014	2015	2016	2017	%endr. 16-17
Døgnplasser TSB	1 712	1 906	1 947	1 917	1 905	-0,6
Antall oppholdsdøgn	570 138	585 735	627 118	644 576	645 023	0,1
Antall innleggelse	12 989	13 596	14 392	14 433	15 104	4,6
Polikliniske konsultasjoner	364 847	390 190	442 124	481 270	487 604	1,3
Årlig vekst (kostnader), prosent **)		5,3	5,3	6,0	0,6	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,2	1,1	0,8	0,5	
Realvekst, prosent		4,1	4,2	5,2	0,1	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2017.

\*\* Vekst beregnet på grunnlag av kostnad deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB).

Gjennomsnittlig ventetid for TSB har vært lavere enn det nasjonale målet fra 2013 til 2017. Det har også vært en sterk reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for TSB gjennom perioden. Reduksjonen kom i første rekke i starten av perioden og ser ut for å ha flatet ut det siste året. Ventetiden er godt under det nasjonale målet for 2021 og er per 1. tertial 2018 på 35 dager.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 1. tertial 2013 til 1. tertial 2018



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2018. Helsedirektoratet.no

### Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2019-2020

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 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.

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2017-2020 er beregnet til 0,5 prosent hvert år i perioden.<sup>3</sup>

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 2013-2017 var i gjennomsnitt på 3,4 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 2019 til 2020 anslås derfor en realvekst i aktivitet på 2,5 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 3,0 prosent.

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

<sup>3</sup> Beregnet på grunnlag av SSBs framskrivning publisert 26. juni 2018, alternativ MMMM. SSBs prognoser for befolkningsvekst er nedjustert i forhold til framskrivningene publisert 21. juni 2016.

## 5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2020

### Kostbare legemidler/behandlingsmetoder

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

### Finansiering av investeringer

Helseforetakene skal gjennomføre flere større investeringer de nærmeste årene. Det blir viktig å sikre tilstrekkelig likviditet til helseforetakene når foretakene selv har økonomisk bærekraft til å bære kostnadene som følger av investeringene. Alternativet er at helseforetakene må spare i mange år før en har tilstrekkelig likviditet til å investere. Likviditetsbehovet kan løses 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.

Gjeldende instruks for investeringslån for de regionale helseforetakene legger til grunn at «Løpetiden beregnes som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene som det er tatt opp lån til. Lånene gis som serielån og maksimal løpetid settes til 25 år.» (jf. punkt 7 i Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene, revidert desember 2017). Det er gjort oppdaterte beregninger av gjennomsnittlig levetid på bygg med tilhørende utstyr, som viser at levetiden er mellom 29 og 38 år, avhengig av hvor teknologi-intensivt bygget er. Det foreslås derfor en endring av nedbetalingstiden fra 25 til 35 år. Kortere nedbetalingstid enn dette vil innebære at likviditet til avdrag må belastes ordinær drift og ikke genereres gjennom avskrivningenes andel av resultatet.

Å oppnå tilstrekkelige resultat fra driften er avgjørende for de regionale helseforetakenes evne til å finansiere investeringer. Det er positivt at en vesentlig del av avbyråkratiserings- og effektivitetsreformen (ABE-reformen) blir lagt inn i sektoren for å bedre evnen til å finansiere investeringer. Imidlertid er det fortsatt en andel av det som trekkes gjennom ABE-reformen som ikke føres tilbake til sektoren. Dette utgjør etter hvert svært store beløp årlig og det er stadig flere foretak som får problemer med å oppnå tilstrekkelig økonomiske resultater fra driften for å finansiere nødvendige investeringer.

Det nye regimet for beregning av renter bidrar også til en ekstrabelastning for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Renteberegningsregimet er fra og med 2018 knyttet opp til boliglånsrentene. Bankers risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Helseforetakene eies av den norske stat ved Helse- og omsorgsdepartementet, og eier hefter ubegrenset for foretakenes forpliktelser. Lån til helseforetak har dermed ingen kredittrisiko. Helseforetakene ville oppnådd betydelig bedre rentebetingelser hvis man selv lånte penger i markedet.

Det ville bidra til bærekraft og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko dersom en fikk et regime som lå nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på Statsbudsjettet før 2018. Det nye renteregimet ble ikke gjort provenynøytralt. De årlige rentekostnadene vil bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene når nye prosjekter blir finansiert utover på 2020-tallet. Endringen i renteregimet vil også slå svært ulikt ut for helseforetakene og helseregionene, i og med at man er i ulike faser i forhold til de store byggeprosjektene. Med det etablerte prioriteringsregimet for investeringer i

spesialisthelsetjenesten og helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer, vurderes renter og nedbetalingstid som et uheldig virkemiddel for rasjonering av investeringsprosjekter. Tvert imot vil dagens renteregime og nedbetalingstid for lån hindre ellers gode og bærekraftige prosjekter for staten i å bli realisert.

#### Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger

Innføringen av ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger vil bli kostnads- og ressurskrevende. Overgangen vil ta mange år og både leger i spesialisering og legespesialister må frigjøres mer systematisk til utdanningsoppgaver. Ordningen vil også kreve kompetanseoppbygging av veiledere og supervisorer samt innføring av mer simulering, ferdighetstrening og digital læring. Dette vil påvirke aktivitet, herunder vaktberedskap og representere kostnader. Inndekning av kostnader til ny spesialistutdanning for leger vil gjøre at legeutdanningen kan gjennomføres i tråd med intensjonen, raskere og med styrket kvalitet.

#### **6. Andre innspill fra Helse Vest RHF**

I tilknytning til utbyggingsprosjektet i Helse Stavanger vil Helse Vest melde inn en utvidet lånesøknad grunnet behov for simulerings- og undervisningslokaler til Universitetet i Stavanger.

Vennlig hilsen

Herlof Nilssen  
Adm.direktør

Hans K. Stenby  
plansjef