

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: **Vår ref.:**
2019/8420 - 56579/2019

Saksbehandler:
Hans Kristian Stenby

Dato:
13.12.2019

Innspill statsbudsjettet 2021

Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 15. januar 2019 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjettet for 2021 innen 1. desember 2019.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2021 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddel behandling (TSB).

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2021.

Styret i Helse Vest RHF behandlet innspillet 12. des. 2019, jf styresak 127/19. 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 2021 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB) som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2021.

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovene for tjenester. Det er også viktig å styrke kvaliteten på tjenestene, 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 kostnadskrevenende 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 framskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fram mot 2021, der alderskriteriene i Magnussenutvalgets behovsnøkler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling brukes.

Realvekst:

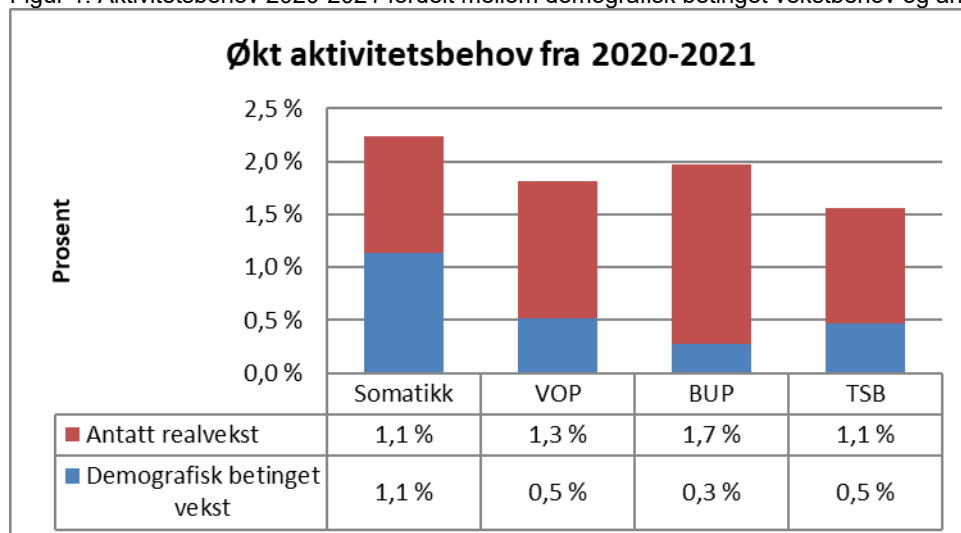
Det gjøres en vurdering av hvor stor vekst utover demografisk betinget vekst som forventes. Realveksten er en sum av flere forhold. Vekst oppstår blant annet som følge av at ny teknologi og nye – og ofte kostnadskrevenende – behandlingsmetoder og legemidler tas i bruk og indikasjon for behandling endres. 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 være i samsvar med nasjonale mål.

Figur 1 viser anslagene på økning i aktivitetsbehov fra 2020 til 2021 fordelt på demografisk betinget vekst og realvekst. Den demografiske veksten er beregnet til 1,1 prosent for somatiske tjenester, 0,5 prosent for psykisk helsevern for voksne, 0,3 prosent for psykisk helsevern barn og ungdom og 0,5 prosent for TSB.

Realveksten anslås til 1,1 prosent for somatiske tjenester, 1,3 prosent for psykisk helsevern for voksne, 1,7 prosent for psykisk helsevern barn og ungdom og 1,1 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 2,2 prosent for somatiske tjenester, 1,8 prosent for psykisk helsevern for voksne, 2,0 prosent for barn og ungdom, og 1,6 prosent for TSB.

Figur 1: Aktivitetsbehov 2020-2021 fordelt mellom demografisk betinget vekstbehov og antatt realvekst, pr sektor.



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

- Konsekvenser av de langsiktige utviklingstrekkene for sektoren
- Finansiering av investeringer

2. Innledning

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 15. januar 2019 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2021 innen 1. desember 2019.

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.

Aktivitetsbehovet blir påvirket av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av nye og kostnadskrevenne behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler, et ønske om kortere ventetid samt andre helsepolitiske prioriteringer.

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. Aktiviteten vil øke men det vil også være behov å styrke kvaliteten på tjenestene, økte investeringer i bygninger, teknologi, utstyr og økt innsats innen utdanning, forskning og utvikling. Omstilling og effektivisering vil fortsatt 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. Innenfor alle områdene er det nødvendig å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger for å yte tjenester på nye måter.

Det er samtidig viktig at pasienter som har behov for det møter en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Det vil være behov for å videreutvikle gode samarbeidsordninger rundt pasienter som har behov for tjenester fra begge nivåene.

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. Betragtningene 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 vil 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 2021:

Demografisk betinget vekst: Ut fra SSBs framskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) beregnes en forventet demografisk betinget behovsvekst fram mot 2021, 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 kostnadskrevede 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 kostnadskrevede – 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 2021

4.1. Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2021 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 2014-2018

Den demografiske framskrivingen av behovene er beregnet ut fra Magnussenutvalgets behovsindekser og befolkningsutviklingen i de respektive helseregioner (SSB). Dette er altså en ren demografisk framskriving av behovene. Tabell 1 viser at forbruksveksten var sterkst i første del av perioden, fra 2014-2016. I 2017 og 2018 var veksten lavere enn den forventede demografisk drevne behovsveksten, og det er dermed beregnet en negativ realvekst. Det kan være at forbruksveksten er noe underestimert. Forbrukstallene hentet fra SAMDATA inneholder ikke aktivitet i form av pasientadministrert legemiddelbehandling, et område som har hatt sterkere vekst enn øvrig behandling de senere årene. Til sammenligning angis aktivitetsveksten innenfor innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2018 til omlag 1,6 prosent, ref. Prop. 114 S (2018-2019).

Tabell 1: Aktivitet somatisk virksomhet. Nasjonale tall 2014-2018

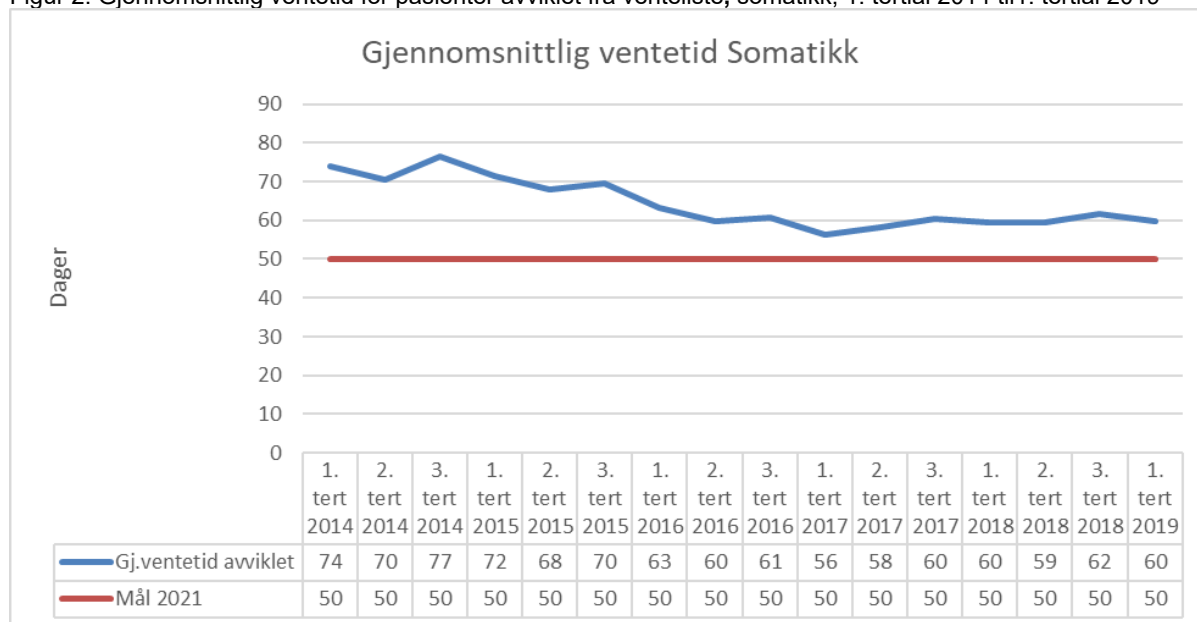
	2014	2015	2016	2017	2018
Estimert årlig tjenesteforbruk, DRG-poeng*)	1 394 306	1 435 162	1 465 084	1 475 777	1 479 371
Årlig forbruksvekst, prosent		2,9	2,1	0,7	0,2
Årlig demografisk drevet behovsvekst, prosent		1,4	1,3	1,2	1,1
Realvekst i forbruk, prosent		1,5	0,8	-0,5	-0,9

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018

*) Med «estimert» menes at DRG-poengene er korrigeret 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 reduksjon i ventetider i perioden. Reduksjonen kom i starten av perioden, dvs. de årene som hadde realvekst i aktiviteten. På slutten av perioden ser vi noe økning i ventetiden. Per 1. tertial 2019 er ventetiden 60 dager. Dette er 10 dager mer enn målkravet for 2021, som er 50 dager.

Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste, somatikk, 1. tertial 2014 til 1. tertial 2019



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2019. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2020-2021

Ut fra SSBs framskrivning av folkemengden (middels nasjonal vekst) forventes det en demografisk betinget behovsvekst fra 2018-2021 tilsvarende 1,1 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 prioritering 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 kreve økt aktivitet - utover det som er demografisk betinget.

Behovet for realvekst anslås til å være 1,1 prosent, dvs. likt med gjennomsnittlig realvekst i perioden med fallende gjennomsnittlig ventetid (2014-2016). Når demografisk betinget vekst på 1,1 prosent inkluderes, blir samlet behov for aktivitetsvekst innen somatikk fra 2020 til 2021 på 2,2 prosent.

4.2. Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Tabell 2: Kostnader (millioner kr, faste priser) psykisk helsevern. Nasjonale tall 2014-2018

¹ Beregnet på grunnlag av SSBs framskrivning publisert 26. juni 2018, alternativ MMMM.

	2014	2015	2016	2017	2018	%-endr. 17-18
Psykisk helsevern for voksne	18 867	18 930	19 099	19 151	19 283	0,7 %
Psykisk helsevern for barn og unge	4 332	4 330	4 426	4 493	4 561	1,5 %
Psykisk helsevern samlet	23 199	23 260	23 525	23 644	23 844	0,8 %
Årlig vekst, prosent		0,3 %	1,1 %	0,5 %	0,8 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018.

Finansieringen av psykisk helsevern er i mindre grad aktivitetsbasert enn de somatiske tjenestene. Det er også relativt liten endring i kostnader mellom årene i denne sektoren. Det var fra 2017 til 2018 en kostnadsvekst på henholdsvis 0,7 og 1,5 prosent for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. De samlede kostnadene viser en vekst på 0,8 prosent.

Grunnlaget for å måle utviklingen i poliklinisk aktivitet innenfor psykisk helsevern har tidligere vært «konsultasjoner med takst». Etter innføringen av ISF ble takstregistreringen avvirket, så dette aktivitetsmålet eksisterer ikke lenger. I *Samdata Spesialisthelsetjenesten 2018* benyttes alle registrerte kontakter for å beskrive aktivitetsutviklingen psykisk helsevern voksne, men det påpekes at dette gir en annen målt aktivitetsutvikling enn om en legger konsultasjoner med takst til grunn. Det kan stilles spørsmålsteget ved hvor godt beskrivende dette er for reell aktivitetsutvikling.

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. Dette er synlig i aktivitetsutviklingen gjennom en reduksjon i antall oppholdsdøgn og vekst i polikliniske kontakter frem til 2017. Hvis en legger publiserte tall fra Samdata til grunn, kan det se ut for at denne trenden nå er brutt, ved at polikliniske kontakter er redusert fra 2017 til 2018 og at reduksjonen i oppholdsdøgn er svakere enn tidligere.

Tabell 3: Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2014-2018

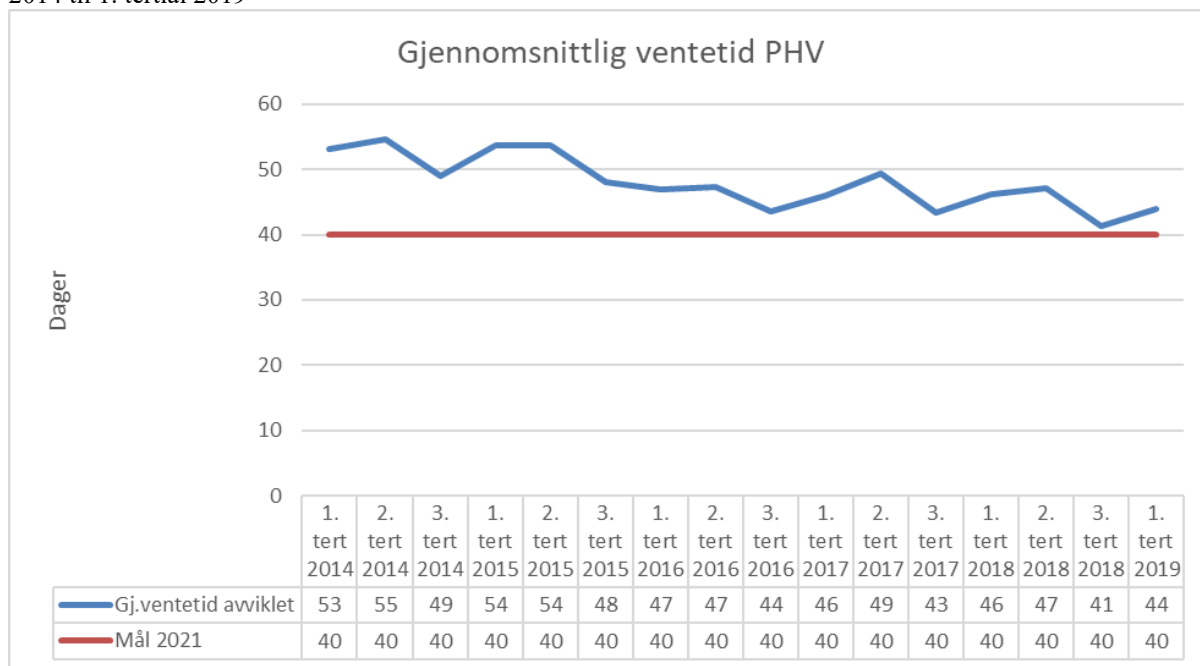
	2014	2015	2016	2017	2018	%-endr. 17-18
Polikliniske konsultasjoner	1 642 238	1 762 705	1 823 459	1 841 648	1 800 993	-2,2
Utskrivninger	53 130	52 515	53 401	53 883	54 418	1,0
Antall oppholdsdøgn	1 118 007	1 088 494	1 083 938	1 060 473	1 060 219	0,0
Veid aktivitet PHV-V	6 200 792	6 268 492	6 405 265	6 464 809	6 470 057	0,1
Årlig forbruksvekst (vekst i veid aktivitet), prosent *		1,1	2,2	0,9	0,1	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,3	0,9	0,7	0,7	
Realvekst i forbruk, prosent		-0,2	1,2	0,2	-0,6	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018.

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

Hvis man legger et vektet aktivitetsmål, basert på utskrivninger og konsultasjoner til grunn, ser vi at det har vært aktivitetsvekst i hele perioden. Veksten er imidlertid vesentlig svakere fra 2017 til 2018 enn tidligere i perioden. Dette skyldes at det er en reduksjon i polikliniske kontakter fra 2017 til 2018, men som nevnt er det noe usikkerhet om hvorvidt dette gjenspeiler den reelle aktivitetsutviklingen innenfor poliklinikk.

Figur 3: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for voksne, 1. tertial 2014 til 1. tertial 2019



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2019. Helsedirektoratet.no

Ventetidene innen psykisk helsevern for voksne har vist nedgang de senere årene, men ser ut for å ha flatet noe ut på slutten av perioden. Gjennomsnittlig ventetid pr 1. tertial 2018 er 44 dager. Det er altså fortsatt behov for å redusere ventetiden hvis målet som er satt for 2021, 40 dager, skal nås.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018	%-endr. 17-18
Polikliniske konsultasjoner med refusjon	783 015	817 529	821 669	840 569		
Behandlede pasienter	57 355	58 234	57 507	59 085	58 600	-0,8
Årlig forbruksvekst, (beh. Pasienter) prosent *		1,5	-1,2	2,7	-0,8	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		-0,2	0,2	0,7	0,0	
Realvekst, prosent		1,7	-1,4	2,1	-0,9	

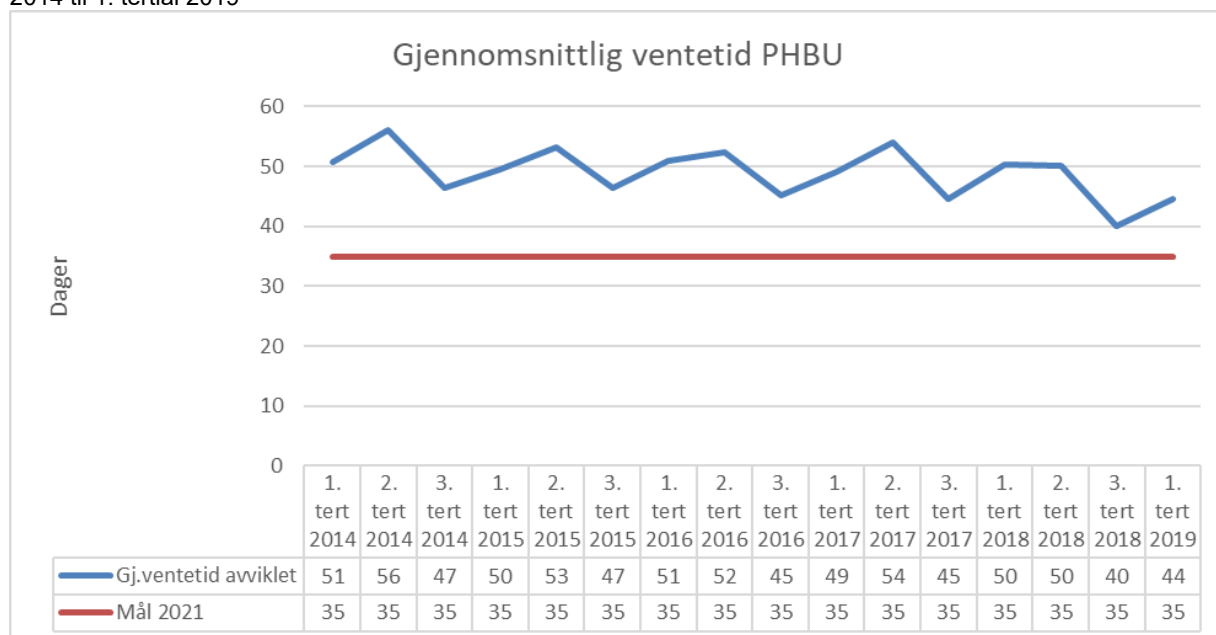
Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018.

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

For psykisk helsevern for barn og unge har antall polikliniske konsultasjoner økt i perioden hvor vi har sammenlignbare tall (2014-2017), veksten i perioden var på 7,2 prosent. Antall behandlede pasienter økte i samme periode med 3 prosent. Antall behandlede pasienter svinger imidlertid noe fra år til år, og siste år er det en reduksjon på 0,8%.

Innen psykisk helsevern for barn og unge (figur 4) er ventetidene redusert i perioden fra 1. tertial 2014 til 1. tertial 2019. Gjennomsnittlig ventetid 1 tertial 2019 var 44 dager mens målet for 2021 er 35 dager.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i det psykiske helsevernet for barn og unge, 1. tertial 2014 til 1. tertial 2019



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2019. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2020-2021

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige er prioriterte områder nasjonalt og regionalt.

For psykisk helsevern for voksne er det fortsatt behov for å styrke kvaliteten på tjenestene, omstille og ta i bruk nye måter å yte tjenestene, fore eksempel kortere og mer intensive opplegg, digitalisering og avstandsoppfølging lokalt. DPS-ene må være faglig robuste og videreutvikle polikliniske tilbud, ambulante og oppsøkende team (ACT/FACT) i samarbeid med kommunene.

For å redusere ventetiden må den poliklinisk aktiviteten økes.

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

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2018-2021 tilsvarer 0,5 prosent pr år i VOP og 0,3 prosent per år i BUP.² Det vil utover dette være nødvendig å styrke kvaliteten på tjenestene og tilbudet til noen grupper, særlig barn og unge men også eldre. Det gjelder også samarbeidet internt i spesialisthelsetjenesten både i forhold til de somatiske tjenestene og rustjenestene og eksternt i forhold til kommunene.

Dom på tvungent psykisk helsevern og de nye særreaksjonene er en utfordring for døgnplassene særlig i sykehusene og sikkerhetspsykiatrien. Dette er ressurskrevende plasser. Det er samtidig ønskelig å styrke tilbudet til innsatte i fengsel.

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

² 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.

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.

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 1,3 prosent fra 2020 til 2021. Når demografisk betinget vekst inkluderes på 0,5 prosent, blir dermed det samlede anslaget for økt aktivitetsbehov i psykisk helsevern for voksne på 1,8 prosent.

I tråd med helsepolitiske prioriteringer om å styrke tilbudet til barn og unge, deriblant å oppnå målet om reduserte ventetider, settes anslaget for realvekst på BUP fra 2020 til 2021 til 1,7 prosent slik at når demografisk vekst på 0,3 prosent inkluderes, 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 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018	%endr. 17-18
TSB	4 682	4 956	5 248	5 279	5 346	1,3 %
Årlig vekst, prosent		5,9 %	5,9 %	0,6 %	1,3 %	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018

I perioden 2014 til 2018 har utgiftene til TSB økt med 14,2 prosent. Veksten kom primært i første del av perioden, og veksten i kostnader fra 2017 til 2018 var 1,3 prosent. Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området 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 ble opprettet mange nye plasser for døgnbehandling. Veksten i antall døgnplasser varte frem til 2015, mens det i perioden etter 2015 har vært en svak reduksjon i antall døgnplasser. Det har vært en sterk vekst i omfanget av polikliniske konsultasjoner i perioden (23,7 prosent), men vi ser at i likhet med kostnadsutviklingen, kom også denne veksten i første del av perioden.

Tabell 6: Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2014-2018

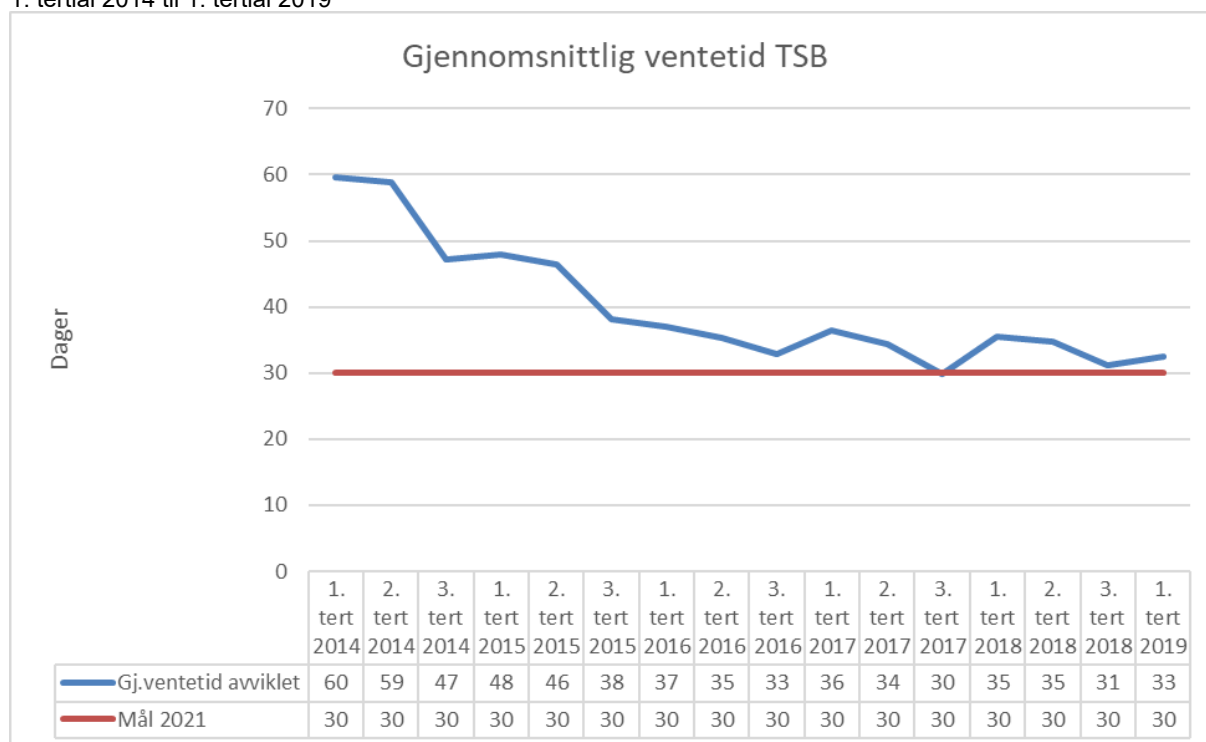
	2014	2015	2016	2017	2018	%endr. 17-18
Døgnplasser TSB	1 906	1 947	1 917	1 902	1 889	-0,7
Antall oppholdsdøgn	585 735	627 118	644 576	645 023	633 730	-1,8
Antall innleggelse	13 596	14 392	14 433	15 104	15 405	2,0
Polikliniske konsultasjoner	390 190	442 124	481 270	487 604	482 649	-1,0
Årlig vekst (kostnader), prosent **		5,9	5,9	0,6	1,3	
Årlig demogr. drevet beh.vekst, prosent		1,1	0,8	0,5	0,6	
Realvekst, prosent		4,8	5,1	0,1	0,7	

Datakilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2018.

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

Gjennomsnittlig ventetid for TSB ble kraftig redusert de første årene i perioden, dvs. de årene det var stor ressurs- og aktivitetsvekst. De siste par årene har imidlertid nedgangen i ventetid flatet ut. Ventetiden er noe høyere enn det nasjonale målet for 2021 og er per 1. tertial 2019 på 33 dager.

Figur 5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 1. tertial 2014 til 1. tertial 2019



Datakilde: Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2019. Helsedirektoratet.no

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2020-2021

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), polikliniske og ambulante tilbud samt tilbudet til innsatte i fengsel styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Det er viktig at alle tilbud er lokalt forankret og knyttet opp til andre tjenester slik at somatisk og psykisk helse også ivaretas. Det vil fortsatt være behov for flere legestillinger og annet helsepersonell innen fagområdet.

Det er samtidig et mål både å redusere ventetidene ytterligere og å unngå fristbrudd.

Den demografisk betingede behovsveksten i perioden 2018-2021 er beregnet til 0,5 prosent hvert år i perioden.³

Realveksten for årene 2014-2018 var i gjennomsnitt på 2,7 prosent. I det ligger det både en aktivitetsvekst men det har også gitt grunnlag for en kvalitetshevning. Det er grunn til å tro at veksten vil bli lavere i årene framover. Fra 2020 til 2021 anslås derfor en realvekst i aktivitet på 1,1 prosent som nødvendig. Når demografisk betinget vekst inkluderes, blir dermed det samlede anslaget på 1,6 prosent.

³ Beregnet på grunnlag av SSBs framskrivning publisert 26. juni 2018, alternativ MMMM.

5. Andre forhold relatert til statsbudsjettet for 2021

Konsekvenser av de langsiktige utviklingstrekkene for sektoren

Den demografiske utviklingen bidrar både til en behovsvekst, og det vil oppstå en knapphet på arbeidskraft. For å sikre bærekraft er det nødvendig med en omstilling av tjenesten gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. De prinsipper som legges til grunn ved fastsettelse av tildelingene til spesialisthelstjenesten begrenser handlingsrommet for å gjennomføre nødvendig omstilling.

De årlige tildelingene til spesialisthelstjenesten gis i forhold til forventet aktivitetsvekst, og forutsetter at veksten lar seg gjennomføre innenfor en 80 % marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et vesentlig trekk for effektivisering og avbyråkratisering. Dette medfører at kravet om aktivitetsvekst kun svares opp med ca. 70 % bevilgning. Over tid gir dette stadig strammere økonomiske rammer, og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

I et langsiktig perspektiv er det sentralt at det i de årlige tildelingene til spesialisthelstjenesten både tas høyde for at en skal møte et kortsiktig aktivitetsvekstbehov, samtidig som det må sikres handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. De økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det må sikres handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr.

Finansiering av investeringer

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

6. Andre innspill fra Helse Vest RHF

Helse Stavanger sitt utbyggingsprosjekt på Ullandhaug, byggetrinn 1, er startet med sikte på ferdigstilling i slutten av 2023. Byggetrinn 1 har en kostnadsramme på kr 8 mrd. (i 2015-kroner). Rammen ble satt ut fra en vurdering av helseforetaket sin bærekraft, altså foretaket sin evne til å handtere kostnadene i form av avskrivninger og renter på investeringene.

Etter at lånebetingelsene fra staten for lån til store byggeprosjekt ble endret våren 2019 har Helse Stavanger gjort en vurdering av om mer areal kan bygges i 1. byggetrinn uten at bærekraften til foretaket blir svekket.

Helse Stavanger har laget et eget forprosjekt for fullføring av behandlingsbygget (E-bygget).

Styret i Helse Vest RHF behandlet forprosjektet i sak 126/19 og godkjente at E-bygget blir fullført i byggetrinn 1 på Ullandhaug under forutsetning av:

- 70 % lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet
- 30 % lånefinansiering fra Helse Vest RHF

Kostnadsrammen for fullføring av bygget er satt til kr 1,730 mrd.

Helse Vest RHF vil komme tilbake med en lånesøknad om utvidet låneramme for byggetrinn 1 i Helse Stavanger, tilsvarende 70% av kostnaden for fullføring av E-bygget.

Vennlig hilsen

Herlof Nilssen
Adm. direktør

Hans Kristian Stenby
plansjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger ingen signatur