

# Saksframlegg

## Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	18. november 2022

## Sak 130-2022

### Innspill til statsbudsjett for 2024

#### *Forslag til vedtak:*

1. Styret slutter seg til foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2024.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024:
  - Behov for økt basisbevilgning
    - Finansielle rammebetingelser
    - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad
    - Behandlingshjelpemidler
    - Mål for miljø/klima
    - Legemiddelområdet
    - Utdanning
    - Beredskapsarbeid
  - Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
  - Investeringer
    - Endring av renteberegningsregimet for langsiktige lån
    - Underfinansiert kostnadsvekst
  - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"
  - Driftsfinansiering av protonsentere i Helse Vest og Helse Sør-Øst

Hamar, 11. november 2022

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2022 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2024 innen 1. desember 2022.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 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 2024.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

I 2022 har det vært en generell pris- og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene i statsbudsjettet. Dette har redusert realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022. Dette vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere nødvendige investeringer. I Prop. 1S (2022-2023) anslår regjeringen en negativ realvekst i 2022 på ca. 0,7 prosent.

Situasjonen inn mot 2024 vil bli krevende. Negativ realvekst i 2022 er ikke kompensert i forslag til statsbudsjett for 2023. Videre er det i forslag til statsbudsjett for 2023 lagt til grunn en deflator på 3,8 prosent. Hvis man legger Norges Banks pengepolitiske rapport 3/2022 til grunn, forventes deflator i størrelsesorden 4,5-4,6 prosent.

### 2.1 Aktivitetsforutsetninger

Veksten i behov for helsetjenester har flere drivere, hvorav tre viktige er:

1. demografiske endringer
2. at sykdomsbildene blir mer kompliserte
3. at det kommer nye, og mer kostbare behandlingsmetoder

Aktivitetsbehovet påvirkes av befolkningsveksten, at befolkningen blir eldre og at antall pasienter med flere samtidige sykdommer øker. I tillegg påvirkes behovet av ny og kostnadskrevende diagnostikk og behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler, et ønske om kortere ventetid og av andre helsepolitiske prioriteringer.

I regjeringens perspektivmelding<sup>1</sup> drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. I meldingen konkluderes det med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Flere mennesker vil leve lengre, og med flere kroniske sykdommer. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene. Aldersutviklingen vil kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst utover befolkningsveksten. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig å utvikle helsetjenesten gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Av vedlagte notat fremgår det at arbeidet med framskrivingene av aktivitetsbehov har vært todelt. Den første delen er behovet for aktivitet som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen. Den andre delen av framskrivingene er behovet for vekst som ikke fanges opp i en demografisk framskriving. Dette vil for eksempel kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglig utvikling, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

### **Demografisk betinget vekst**

Behovet for aktivitetsvekst som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen kalles for den demografisk betingede veksten. Estimert behov tar utgangspunkt i sammenhengen mellom aldersfordelingen og forbruk slik den er i spesialisthelsetjenesten i dag.

#### *Demografisk betinget vekst – somatikk*

Framskrivingen av behov for aktivitetsvekst innen somatikk gjøres på antall DRG-poeng. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2022 er benyttet som grunnlag. For å beregne veksten i DRG-poeng ganges snitt DRG-poeng per pasient, fordelt på alder og kjønn i 2021, med endringen i antall pasienter i årene framover.

Denne beregningen gir en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2023 til 2024 på 1,6 prosent.

#### *Demografisk betinget vekst – Psykisk helsevern og TSB*

En tilsvarende framskriving av forventet demografisk vekst innen psykisk helsevern og TSB som i somatikk, er vanskelig. Dette særlig fordi kostnadsvektarbeidet innen psykisk

---

<sup>1</sup> Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

helsevern og TSB er kommet kortere enn i somatikk. De regionale helseforetakene har valgt å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som vektet snitt kostnad per enhet. Denne er deretter framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2024, og gir et uttrykk for forventet vekst, som følge av forventede demografiske endringer. Dette er en grovkornet tilnærming, og vil maskere eventuelle endringer i pasientsammensetning som er mer ressurskrevende.

Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 0,6 prosent forutsatt dagens behandlingsprofil på alder og kjønn i 2024, som i 2021. Den relativt lave veksten, sammenlignet med somatikken, har sammenheng med at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre befolkning enn i somatikk. Hovedtyngden av behandlingen er for aldersgruppen 25 – 34 år. For somatikk er det høyest aktivitet for aldersgruppen 75 – 79 år.

### **Forventet behov for vekst utover demografi**

#### *Vekst ut over demografisk betinget vekst - somatikk*

Den rene, naive framskrivningen tar ikke hensyn til andre endringer enn alder- og kjønnssammensetningen i Norge. Vekst utover demografisk betinget vekst er en sum av flere forhold. Vekst oppstår blant annet som følge av at ny teknologi, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og legemidler, samt at indikasjon for behandling endres.

Veksten i antallet pasienter med flere kroniske sykdommer har vært høyere enn det som forventes ut fra framskrivning basert på alder. For å illustrere dette har de regionale helseforetakene framskrevet utviklingen i antallet individer med to eller flere diagnoser over ICD-kapitler<sup>2</sup> til 2021, med utgangspunkt i aktiviteten i 2017. Deretter er denne framskrivningen sammenlignet med det faktiske antallet individer med to eller flere diagnoser i 2021. Sammenligningen viser at veksten i antall individer med to eller flere diagnoser er om lag to prosent høyere per år, enn hva ratene for de ulike alderskategoriene for 2017 skulle tilsi. Denne differansen utgjør 0,63 prosent for det samlede pasientvolumet innen somatiske sykehusfunksjoner.

Flere kroniske sykdommer samtidig gir økt kompleksitet i diagnostikk og behandling. Denne pasientgruppen har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre pasienter.

Dersom man framskriver behovet innen somatiske sykehusfunksjoner fra 2021, og tar hensyn både til pasientsammensetning og alderssammensetning, er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 2,2 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer da både demografisk betinget behovsvekst og vekst ut over demografi.

---

<sup>2</sup> Eksklusive O, P, U, V, W, X, Y, Z diagnoser

### *Vekst ut over demografisk betinget vekst - Psykisk helsevern og TSB*

Under covid-19 pandemien har det vært en betydelig vekst innen psykisk helsevern. Det er nylig startet et større nasjonalt arbeid for å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist for foreløpig tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2022 med endelig leveranse innen 31. desember. Arbeidet skal blant annet gi:

- Oppdatert analyse av forekomst av psykiske lidelser og rusproblemer, samt vurdering av framtidige behov for tjenester og bemanning i psykisk helsevern og TSB
- Foreslå konkrete tiltak for styrket innsats innen psykisk helsevern og TSB
- Vurdering av behov og måltall for perioden 2023-2026

Dette nasjonale arbeidet vil være førende for innspill om behov for vekst innen psykisk helsevern og TSB. De regionale helseforetakene vil derfor vise til dette arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

### *Oppsummering behov for aktivitetsvekst*

For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et samlet behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 2,2 prosent målt i DRG-poeng. Dette inkluderer både demografisk betinget behovsvekst og vekst ut over demografi.

For psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 0,6 prosent. Dette inkluderer kun demografisk betinget behovsvekst, og de regionale helseforetakene viser til det pågående nasjonale arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

## **2.2 Øvrige forhold som må vurderes nærmere**

I tillegg til framskrivninger av aktivitetsbehov gir de regionale helseforetakene innspill på overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet. Disse er nærmere beskrevet til slutt i det vedlagte notatet, og omfatter:

- Behov for økt basisbevilgning
  - Finansielle rammebetingelser
  - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad
  - Behandlingshjelpemidler
  - Mål for miljø/klima
  - Legemiddelområdet
  - Utdanning
  - Beredskapsarbeid
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Investeringer
  - Endring av renteberegningsregimet for langsiktige lån
  - Underfinansiert kostnadsvekst
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"
- Driftsfinansiering protosenter i Helse Vest og Helse Sør-Øst

I det følgende kommenteres punktene over. Det må også bemerkes at de regionale helseforetakene realiserer effektiviseringspotensial og produktivitetsforbedringer. Dette skjer f.eks. gjennom patentfall på legemidler, felles innkjøp, teknologiutvikling mv. og bidrar til at flere og bedre helsetjenester leveres med samme ressursinnsats.

#### *Finansielle rammebetingelser*

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og derfor ha en noe høyere inntektsvekst. Dette for å bedre evnen til investeringer, og samtidig kunne gi og utvikle gode helsetjenester. Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene setter av midler til framtidige investeringer. Dagens økonomiske situasjon gjør at mange av helseforetakenes investeringer utsettes og skyves på, samtidig som det gjøres innsparinger i driften. En slik utvikling gjør at det kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å møte pasienter med et mer komplisert sykdomsbilde, og at evnen å ta i bruk nye medikamenter og metoder, uten at det går ut over andre deler av pasientbehandlingen, svekkes.

#### *Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt*

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst utover den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil leve lengre og med flere kroniske sykdommer. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling. Disse vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, samt gi handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. Behovsveksten må derfor reflekteres fullt ut i bevilgningene.

#### *Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler*

Helseforetakene overtok ansvaret for insulinpumpebehandling i 2005. Utviklingen på utstysfronten har vært stor. Nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med insulinpumpebehandling (IPB), og kontinuerlig glukosemåling (CGM) brukes i større grad for å monitorere blodsukker. Innføring av CGM har påført helseforetakene økende kostnader, spesielt etter oppstart av ny nasjonal avtale i 2019.

Samtidig har det vært en reduksjon i refusjoner fra HELFO. Denne trenden er økende og vil sannsynligvis medføre ytterligere økte kostnader for helseforetakene. Det er derfor nødvendig at budsjettmidler overføres fra HELFO til de regionale helseforetakene. Kostnaden med CGM er samtidig høyere enn kostnaden med fingerstikking, noe som gjør at totalkostnaden for måling av blodsukker øker.

### *Kostnader knyttet til mål for miljø/klima*

I 2018 ble det anslått at helsesektoren stod for opp mot fem prosent av klimagassutslippene. Gjennom eierskapsmeldingen (Meld. St. nr. 8 (2019-2020)) er det en tydelig forventning til at de regionale helseforetakene reduserer sine klima- og miljøavtrykk. I 2021 vedtok de regionale helseforetakene felles mål for kutt av CO<sub>2</sub>-utslipp. Hovedmålet til de regionale helseforetakene er å redusere CO<sub>2</sub>-utslippet med 40 prosent innen 2030. Det langsiktige målet er å ha en klimanøytral drift innen 2045.

Det er krevende å beregne totale kostnader eller besparelser knyttet til klima- og miljømålene. Helseforetakene har ulike utgangspunkt, som krever ulike tilnærminger for å nå målene, spesielt når det gjelder bygningsmasse og geografisk beliggenhet. Høy grad av miljøvennlige nybygg kan øke kostnadene i investeringsprosjekter med 1-2 prosent. Mål om å redusere matavfall, redusere sykehusinfeksjoner, øke andelen videokonsultasjoner og mer miljøbevisste medarbeidere vil kunne gi økonomiske besparelser. Samtidig vil mål om å redusere energiforbruk, fossilfri virksomhet og 75 prosent andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer, kunne gi økte kostnader.

### *Finansiering av legemiddelområdet*

Veksten i legemiddelkostnadene har i perioden vært betydelig, og kostnadsrisikoen gjør at legemiddelkostnadene bør kompenseres særskilt. Helseledelse og økonomi, rapport IS-2964, «Kostnader til legemidler i helseforetak 2008 – 2019» viser en økning i realkostnader for legemidler i sykehus på 72 prosent fra 2008 til 2019, og fra 2015 til 2019 var realveksten på 32 prosent.

Den fremtidige kostnadsutviklingen er usikker, men må kunne forventes å fortsatt stige. De regionale helseforetakene anmoder om at basisbevilgningen tar hensyn til de økte kostnadene som nye legemidler medfører.

### *Utdanning*

Helseforetakene er store utdanningsvirksomheter og bruker mye ressurser på praksisplasser, utdanning og veiledning av ansatte, studenter og lærlinger. Deler av utdanningen av helsepersonell gjennomføres som praksis i helseforetakene. I tillegg til å ha utdanningskapasitet til å dekke eget behov, må helseforetakene også ha tilstrekkelig kapasitet til å dekke kommunehelsetjenesten og privat sektor. Utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten er sterkt påvirket av aktiviteten i utdanningssektoren, hvor midlene gis fra Kunnskapsdepartementet. Denne finansieringen er særlig knyttet til selve aktiviteten i form av antall studieplasser. Finansiering av utdanning i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning. De senere årene har det vært en vekst i antallet studieplasser i utdanningssektoren med derav følgende økt behov for praksisplasser i helseforetakene.

Ulike finansieringsordninger kan medføre at utdanningsaktiviteten i sektorene ikke blir tilstrekkelig koordinert. De regionale helseforetakene ber derfor om at utdanningsaktiviteten og finansieringsordningene sees på samlet, slik at utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren blir mer samordnet.

### *Beredskapsarbeid*

Helseforetak og sykehus er virksomheter med kritiske samfunnsfunksjoner. Kravene til virksomhetenes oppgaver innen beredskap og sikkerhet er vesentlig skjerpet de senere årene, bl.a. som følge av covid-19 pandemien, usikkerhet i forsyning av viktige varer og legemidler, økte digitale trusler og utfordringer innen informasjonssikkerhet, samt den generelle internasjonale sikkerhetssituasjonen.

Denne utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak, og mer øvingsaktivitet. Disse tiltakene vil trolig gi en økonomisk merbelastning som vanskelig kan nedprioriteres. De regionale helseforetakene mener disse kostnadene i større grad bør reflekteres i den økonomiske tildelingen.

### *Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr*

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøte 11. oktober 2021 bedt om å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Målgruppen for nasjonal beredskapslagring av smittevernutstyr er den offentlige helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige og private instanser som etter lov eller avtale ivaretar helse- og omsorgstjenester til befolkningen, offentlig tannhelsetjeneste og militær sanitet.

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernutstyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at det ikke er rimelig at spesialisthelsetjenesten dekker disse kostnadene. Etablering og drift av et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr representerer en oppgave som derfor fordrer særskilt finansiering.

### *Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån*

Det gjeldende regimet for beregning av renter bidrar til en ekstrabelastning for nye prosjekter som tildeles lån over statsbudsjettet. Fra og med 2018 ble renteberegningsmetoden knyttet opp til boliglånsrentene. Bankenes risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Det vil være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko dersom spesialisthelsetjenesten får et regime som ligger nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Årlige rentekostnader vil fremover bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene med dagens modell sammenlignet med den rentemodellen som lå til grunn før 2018.

### *Underfinansiert kostnadsvekst*

Deflatoren i statsbudsjettet og byggekostnadsindeksen har historisk sett vært tilnærmet like. Fra og med 2020 og fram til i dag har bygge- og anleggsnæringen opplevd en ekstraordinær kostnadsvekst langt ut over deflatoren. Årsakene til veksten er sammensatte, men utgjøres først og fremst av forhold knyttet til Covid-19 pandemien og deretter krigen i Ukraina samt internasjonale transportproblemer.

Eksempelvis anslås det at byggeprosjektene i Helse Sør-Øst alene, økte med 3,2 milliarder kroner i 2021 som følge av vekst i byggekostnadsindeksen utover deflator. Videre er det i økonomisk langtidsplan 2023-2026 for helseforetaksgruppen Sør-Øst innarbeidet en prisvekst utover deflator, tilsvarende fem prosent for 2022. Den ufinansierte kostnadsveksten i Helse Sør-Øst alene i 2021 og 2022 anslås samlet til 4,6 milliarder kroner.



Videre har det vært en generell pris- og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene for deflator for 2022, som har medført lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflator) er oppjustert fra 2,7 prosent i saldert budsjett for 2022, til 4,9 prosent i Prop.1 S (2022-2023). Dette reduserer realveksten i driftsbevilgningene til spesialisthelsetjenesten med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022.

Når den ufinansierte kostnadsveksten i 2022 ikke kompenseres, vil det medføre en heving av kostnadsnivået som ikke senere finansieres gjennom deflator. Samlet gir dette en betydelig kostnadsvekst som ikke er finansiert, og som vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere fremtidige investeringer.

For å sikre en bærekraftig gjennomføring av igangsatte og planlagte investeringer og driftsøkonomi, ber de regionale helseforetakene om at det tas høyde for kostnadsvekst utover deflator for 2024, og at årlig indeksering av lån også sees i sammenheng med utviklingen i byggekostnadsindeks.

*Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg".*

Kostnadene ved ordningen økte fra 79,4 millioner kroner i 2012 til 119,5 millioner kroner i 2019, mens kostnadene økte videre til 218 millioner kroner i 2021. I 2021 utgjorde de regionale helseforetakenes kostnader 43,5 millioner kroner, som var om lag det dobbelte av det som ble overført til de regionale helseforetakenes basisrammer i 2020.

Kostnadsveksten har direkte sammenheng med at det er flere dømte i kommunale tiltak. Ved utgangen av 2019 var det tolv dømte i etablerte tiltak, dette er økt til 21 ved utgangen av 2021. Den sentrale kostnadsdriveren i ordningen er altså:

- Antall personer som dømmes til tvungen omsorg
- Lengden på dom (antall dommer som forlenges hvert tredje år)

Utviklingen i antall dømte og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor de regionale helseforetakenes kontroll. Innføringen av egenandel er derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Det bes derfor om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

*Driftsfinansiering av protonsentere Helse Vest og Helse Sør-Øst*

Protonbehandling er et nytt nasjonalt behandlingstilbud som skal etableres i Helse Vest og Helse Sør-Øst på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Etablering og drift av protonsentret vil medføre økte kostnader for Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

Aktiviteten ved protonsentrene vil være relativt lav frem til første fulle driftsår, som er planlagt i 2027. Kapasiteten vil øke gradvis fra om lag 25 prosent i 2024 til 100 prosent i 2027. Kostnadene med etablering og bemanning vil imidlertid være omtrent de samme, hvert år protonsentret er i drift fra 2024. I tillegg vil protonsentrene ha kostnader før første driftsår fordi rekruttering og opplæring må gjøres i forkant av oppstart. Samlet for begge protonsentrene er det estimert en driftskostnad på ca. 190 millioner kroner (i 2019-kroner) i året ved full drift.

I revidert nasjonalbudsjett 2018 ble det vedtatt en låne- og tilskuddsramme på henholdsvis 1 891 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF og 1 296 millioner kroner for Helse Bergen HF (2018-kroner) til bygging av protonsentrene. Av dette var 70 prosent lån og 30 prosent tilskudd.

Etablering av protonsentrene medfører dermed vesentlige kapitalkostnader. Normalt finansieres kapitalkostnadene ved byggeprosjekter gjennom effektiviseringsgevinster som følger av det nye bygget. Dette forutsetter at bygget påvirker den eksisterende driften, ved at tjenestetilbudet kan effektiviseres. Fordi protonsentret er et nytt behandlingstilbud vil ikke etableringen utløse gevinster som kan finansiere kapitalkostnadene. Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF må dermed håndtere kapitalkostnadene for 70 prosent av byggekostnadene med midler som normalt ville gått til øvrig virksomhet via basisrammen. Samlet er det estimert at årlige kostnader til drift, renter og avdrag ved de to sentrene til sammen, øker gradvis til 314 millioner kroner (*i 2019-kroner*) i 2028 før kostnadene avtar.

Det bes derfor om at basisbevilgningen tar høyde for at kapital- og driftskostnadene øker minst tilsvarende 289 millioner kroner (2019-kroner) frem til aktiviteten ved de to sentrene starter opp i 2024. Dette tilsvarer full basisrammefinansiering, som må legges til grunn inntil aktiviteten kommer i gang, og det er etablert en aktivitetsbasert finansiering.

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2024, synes det mest meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, og felles for de fire regionale helseforetakene. Administrerende direktør er glad for dette samarbeidet, og at en finner frem til et felles innspill for hele spesialisthelsetjenesten.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til den foreliggende vurderingen av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjettet for 2024.

Som innspill til statsbudsjett for 2024 anbefaler administrerende direktør videre at styret særlig peker på de overordnede forholdene som er omtalt i saken.

Trykte vedlegg:

- Notat om aktivitetsforutsetninger 2024

Utrykte vedlegg:

- Ingen