

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	25. november 2021

Sak 128-2021

Innspill til statsbudsjett for 2023

Forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjettet for 2023.
2. Styret ber videre om at det spilles inn at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023:
 - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Finansiering av legemiddelområdet
 - Finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»
 - Renteberegningsregimet ved langsiktige lån
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Hamar, 17. november 2021

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 14. januar 2021 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2023 innen 1. desember 2021.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2023 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 2023.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Aktivitetsforutsetninger – innspill til statsbudsjettet for 2023

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovet for spesialisthelsetjenester. Det er i tillegg viktig å styrke kvaliteten på tjenestene, øke innsatsen innen forskning og utvikling, samt øke investeringer i bygg, ny teknologi og utstyr. Dette setter krav til økte ressurser og mer effektiv bruk av ressursene.

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.

Framskrivningene av aktivitetsbehov er gjennomført på aggregert nivå og tar utgangspunkt i nasjonale tall. På grunn av koronapandemien er aktivitetsdata for 2020 lite egnet som grunnlag for å vurdere aktivitetsbehovet i 2023. Vurderingene av forventet aktivitetsbehov i 2023 er derfor basert på analyser gjort med 2019-data. Dette gjør at mange av vurderingene er like som i innspill til statsbudsjett for 2022.

Behov for aktivitetsvekst innen somatikk

Innen somatikk er framskrivningene todelt:

1. Behovet for aktivitetsvekst som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen. Dette kalles for den demografisk betingede veksten. Estimat av behovet tar utgangspunkt i sammenhengen mellom aldersfordelingen og forbruk som sees i spesialisthelsetjenesten i dag.
2. Behov for aktivitetsvekst ut over det som er demografisk betinget. I framskrivningene tas dette hensyn til gjennom en økt andel av pasienter med flere kroniske sykdommer samtidig. Disse pasientene har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre.

Demografisk betinget vekst – somatikk

Framskrivningen av behov for aktivitetsvekst innen somatikk gjøres på antall DRG-poeng. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2020 er benyttet som grunnlag. For å beregne veksten i DRG-poeng ganges snitt DRG-poeng per pasient, fordelt på alder og kjønn i 2019, med endringen i antall pasienter i årene framover.

Denne beregningen gir en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2022 til 2023 på 1,5 prosent.

Vekst ut over demografisk betinget vekst - somatikk

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.

Gjennomgang av aktivitetsdata fra 2016 – 2019 viser at en større andel av pasientene har flere kroniske sykdommer samtidig. Flere kroniske sykdommer samtidig gir økt kompleksitet i diagnostikk og behandling. Denne pasientgruppen har derfor flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre pasienter. For pasienter med to eller flere kroniske sykdommer var det en årlig vekst i pasientbehandlingen på 1,4 prosent i perioden fra 2016 – 2019. Den gjennomsnittlige årlige økningen i kontakter for pasienter uten definert kronisk sykdom i samme periode var på 0,4 prosent.

Samlet vekst for somatikk

Samlet gir demografisk vekst og vekst ut over demografisk betinget vekst et økt aktivitetsbehov på 2,1 prosent for somatiske spesialisthelsetjenester fra 2022 til 2023.

Vekst innen psykisk helsevern og TSB

En identisk framskriving av forventet demografisk vekst innen psykisk helsevern og TSB som i somatikk er vanskelig. Dette særlig fordi kostnadsvektarbeidet innen psykisk helsevern og TSB er kommet kortere enn i somatikk. En tilnærming til problemstillingen vil være å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som veker snitt kostnad per enhet. Denne kan deretter framskrives fordelt på alder og kjønn, og vil gi 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.

Den omregnede aktivitet framskrives med ett-årig alder, kjønn og kommune frem til 2023. Den forventede samlede befolkningsveksten fra 2022 til 2023 er på 0,5 prosent. Veksten innen psykisk helsevern og TSB er imidlertid beregnet til 0,3 prosent forutsatt dagens behandlingsprofil på alder og kjønn. Den relativt lave veksten 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 – 29 år. For somatikk er det høyest aktivitet for aldersgruppen 70 – 74 år.

Ser vi på utviklingen fra før pandemien og frem til i dag (til og med august 2021) ser vi at det har vært en vekst i antall individer til behandling på 2,2 prosent fra 2019 – 2021 (januar – august). Fra samme periode i 2020 til 2021 er veksten større enn 2,2 prosent, og kan tyde på en opphopning av pasienter som vil ha et behov for behandling og oppfølging over tid.

Det er også behov for å styrke tjenestene innen enkelte områder og en vridning i tilbudet som vil være mer kostnadskrevende. En del prioriterte tiltak som ambulante team og styrking av sikkerhetspsykiatri gir ikke nødvendigvis like stor aktivitetsøkning. De regionale helseforetakene anbefaler derfor at det foreløpig legges til grunn et økt aktivitetsbehov på 1,2 prosent. Dette er ikke til hinder for en større økning i ressursbruken.

Oppsummering behov for aktivitetsvekst

For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2022 til 2023 på 2,1 prosent.

For psykisk helsevern og TSB er det behov for å styrke basistjenestene og en særskilt styrking av tilbudet for de med alvorlige psykiske lidelser. Det jobbes med tiltak og beregning av de økonomiske konsekvensene i arbeidet med utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner som vil foreligge våren 2022. På bakgrunn av lavere alder i pasientgruppen som helhet, tilsier den demografiske utviklingen kun 0,3% behovsvekst. Det er imidlertid ønskelig med en fortsatt prioritering av psykiske helse og rus blant annet for å ivareta økt behov som følge av pandemien. De regionale helseforetakene anbefaler derfor at det planlegges med en aktivitetsvekst på 1,2 prosent. Dette er ikke til hinder for en større økning i ressursbruken.

Forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023

- Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
- Finansiering av legemiddelområdet
- Finansiering av behandlingshjelpemidler
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»
- Renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Forutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst som følge av den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil leve lengre og med flere kroniske sykdommer. Spesialisthelsetjenesten blir hvert år bedre til å utrede, diagnostisere og tilby nye behandlingsmetoder. Dette gjør at både eksisterende og nye pasientgrupper kan få nye behandlingstilbud.

Det vil kreve investeringer i utstyr, personell, teknologi og annen infrastruktur for å håndtere en slik vekst. De årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gis på basis av forventet aktivitetsvekst, og det forutsettes at veksten lar seg gjennomføre innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering og avbyråkratisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling, som på kort sikt vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, og at det må være 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 legges til rette for handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr.

Finansiering av legemiddelområdet

Veksten i legemiddelkostnadene har i perioden vært betydelig og kostnadsrisikoen gjør at legemiddelkostnadene bør kompenseres særskilt.

Helsedirektoratet sin 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 ser det som nødvendig at det etableres en ordning som gir forutsigbarhet og kostnadskompensasjon når kostnadene til legemidler er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

Finansiering av behandlingshjelpemidler

Helseforetakene overtok ansvaret for insulinpumpebehandling i 2005. De fleste pasientene ble da behandlet med insulinpenn, og målte blodsukkeret ved fingerstikking. Utviklingen på utstyrsfronten har vært stor. Nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med insulinpumpebehandling (IPM), 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 om insulinprodukter 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.

Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»

Kostnadene ved ordningen «Dom til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede» økte fra 79,4 millioner kroner i 2012 til 119,5 millioner kroner i 2019, og innføring av egenandel for RHF-ene ble begrunnet i å skulle stimulere til kostnadskontroll.

De sentrale kostnadsdriverne i ordningen er antall personer som dømmes til tvungen omsorg og lengden på dom. Utviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel var derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Det bes derfor om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Det nye regimet for beregning av renter bidrar til en ekstrabelastning for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Fra og med 2018 ble renteberegningsregimet knyttet

opp til boliglånsrentene. Bankenes 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 som et uhensiktsmessig virkemiddel for rasjonering av investeringsprosjekter.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2023 synes det mest meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, 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.

Koronapandemien har gjort det nødvendig å bruke et tallgrunnlag fra 2019 heller enn 2020 ved framskrivning av aktivitetsbehov. De foreliggende vurderinger og analyser gir likevel et godt og nøkternt bilde av aktivitets- og ressursbehovet for 2023.

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 2023.

Som innspill til statsbudsjett for 2023 anbefaler administrerende direktør videre at styret særlig peker på de fem områdene som er omtalt i saken: at forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad ikke er bærekraftig på sikt, finansieringen av legemiddelområdet, finansieringen av behandlingshjelpemidler, avvikling av ordningen med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg» og renteberegningsregimet ved langsiktige lån.

Trykte vedlegg:

- Notat om aktivitetsforutsetninger 2023 til felles styresak

Utrykte vedlegg:

- Ingen