

Innspill statsbudsjett 2024 (UTKAST per 14. september)

Sammendrag

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). Innspillet skal inngå som en del av Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av bevilgninger til vekst i pasientbehandling.

I notatet er det for somatiske spesialisthelsetjenester beregnet et 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. Dette utgjør en reell vekst i bevilgningen på om lag 1,6 milliarder kroner (2022 kroner), og utgjør en vekst på om lag én prosent gitt den samlede bevilgningen for 2022 på 168 milliarder kroner, jf. tabell 7.

Videre er det for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 til 0,6 prosent. Denne beregningen er kun basert på demografisk betinget behovsvekst. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2022. Arbeidet skal blant annet analysere framtidig behov for tjenester og bemanning, og vurdere behov og måltall for perioden 2023-2026. Det nasjonale arbeidet vil være førende for innspillet som skal gis i dette dokumentet. Arbeidet skal styrebehandles i oktober, og resultatet vil bli innarbeidet i endelig versjon av dette notatet.

Notatet trekker også fram følgende forhold:

- Behov for økt basisbevilgning
 - Overordnet om utviklingen i finansielle rammebetingelser
 - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Kostnader knyttet til mål for miljø/klima
 - Finansiering av legemiddelområdet
 - Utdanning
 - Beredskap
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"

Innledning

De regionale helseforetakene skal gi innspill til aktivitetsbehov for statsbudsjett 2024. 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

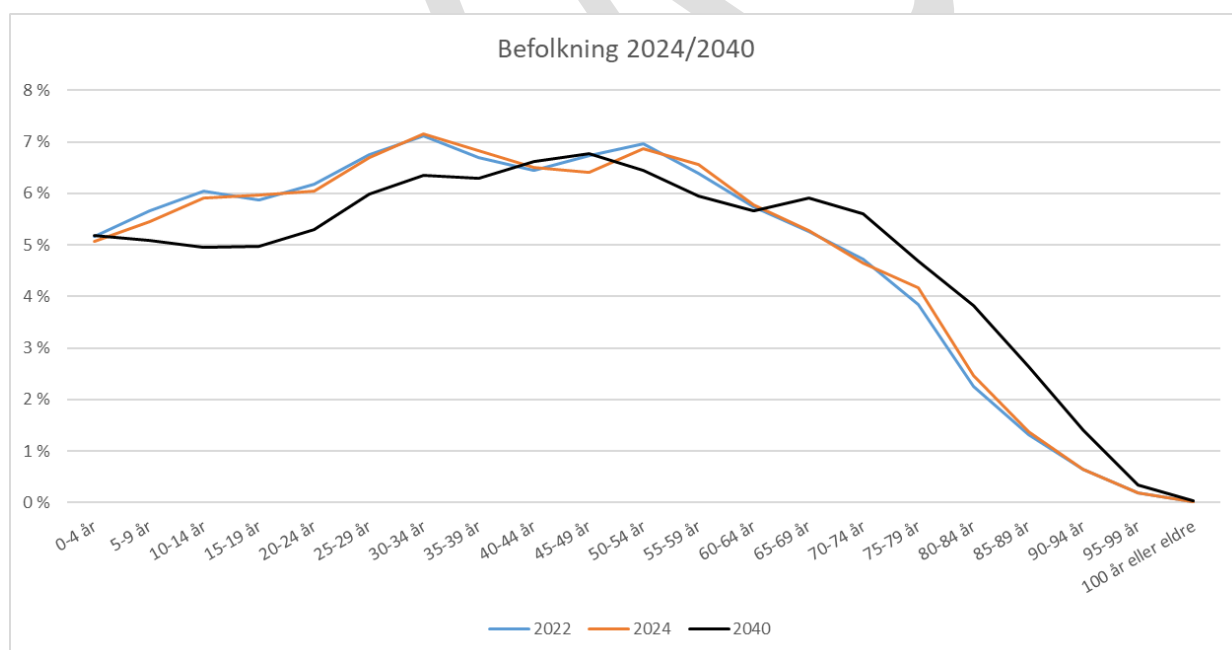
Framskrivningene av aktivitetsbehov er i notatet todelt. Den første delen er behovet for aktivitet som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen. Denne kalles for den demografisk betingede veksten, og gjenspeiler sammenhengen mellom aldersfordelingen og forbruk som observeres i spesialisthelsetjenesten i dag.

Den andre delen av framskrivningene er behovet for vekst, som ikke fanges opp i en demografisk framskrivning. Dette vil kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglige utviklinger, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

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 notatet.

Bakgrunn

Norge har en god og kostnadseffektiv helsetjeneste.¹ Spesialisthelsetjenesten står samtidig overfor flere utfordringer i tiden fremover. Viktige utviklingsfaktorer er at vi blir flere eldre samtidig som det blir færre og mer sentralisert lokaliserte yrkesaktive. Det er derfor et behov for å videreutvikle tjenestene for å imøtekomme de fremtidige behovene med en aldrende befolkning. Figur 1 viser endringen i befolkningssammensetningen i Norge frem mot 2040 jf. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2022.



Figur 1 Befolkningstall for 2022, samt befolkningsframskriving av Norges befolkning for 2024 og 2040. Kilde SSB 2022

Selv om endringene mellom 2022 og 2024 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i andel eldre. Videre vil flere mennesker 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. I Nasjonal helse- og sykehusplan er pasientgruppene skrøpelige eldre, pasienter med flere kroniske lidelser, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, samt barn og unge prioriterte grupper.

¹ Schneider et al. (2021). Mirror, mirror 2021. Reflecting poorly: Health care in U.S. compared to other high-income countries.

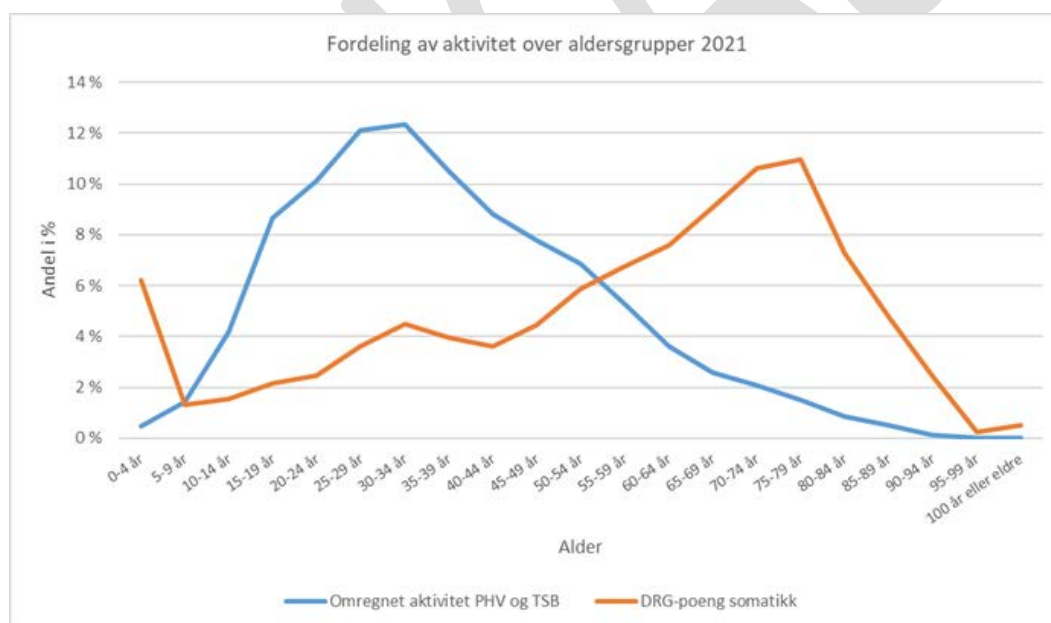
Nasjonal helse- og sykehusplan peker på det økte behovet for spesialisthelsetjenester, og spesifiserer 12 områder med tiltak for hvordan helsetjenesten skal håndtere veksten, ved blant annet nye arbeidsformer. Tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan er samstemt med utviklingsplanene i helseforetakene og de regionale helseforetakene. Likevel forventes det at implementering av tiltakene vil ta noe lenger tid enn forutsatt, blant annet på grunn av de senere års håndtering av covid-19 pandemien.

Uavhengig av dette må det forventes at nye måter å diagnostisere, følge opp og behandle pasienter, vil gi andre aktivitetsbilder. Videre vil flere av de forventede kvalitetsforbedrende tiltakene ikke nødvendigvis gi en aktivitetsvekst, men en kostnadsvekst.

Demografisk betinget aktivitetsbehov 2024

Når man framskriver antall pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten tas det utgangspunkt i antall pasienter per alderskategori og kjønn ved utgangen av et valgt år, for så å multiplisere opp med endringen i befolkningen i den aktuelle gruppen frem mot året det framskrives til. Med denne metoden kombineres sammenhengen mellom aktivitet og alder/kjønn med befolkningsframskrivninger for et gitt utgangså.

Figuren under viser aldersfordelingen av aktivitet for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Den viser at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre del av befolkning, sammenlignet med somatikken. Hovedtyngden av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB gis til aldersgruppen 25 - 34 år, mens det i somatikken er aldersgruppen 75 - 79 år som har høyest aktivitet.



Figur 2 Fordeling av aktivitet 2021 fordelt på ulike aldersgrupper

Somatikk

For å beregne veksten i DRG-poeng som følge av den demografiske utviklingen, multipliseres snitt DRG-poeng per pasient per ettårig alder og kjønn i 2021, med endringen i antall pasienter.

Når denne metoden benyttes med utgangspunkt i aktiviteten i 2021, gir det en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2023 til 2024 på 1,6 prosent som vist i tabell under.

ÅR	DRG	Endring
2021	1 550 903	
2022	1 580 663	1,92 %
2023	1 606 288	1,62 %
2024	1 631 951	1,60 %

Tabell 1 Demografisk framskrivning av DRG-poeng. Ettårig alder og kjønn hele landet. SSBs befolkningsframskrivning av 2022

Et framskrevet behov for vekst på ca. 25 600 DRG-poeng vil gi et behov for reell vekst i bevilgningene på om lag 1,2 milliarder kroner (2022-pris), og utgjør en vekst på 0,7 prosent ut fra den samlede bevilgningen for 2022, jf. tabell 2.

Vekst DRG-poeng	Kostnad pr DRG (2022)	Forslag til reell vekst i bevilgning (kr)	Samlet bevilgning 2022	Forslag til reell vekst i bevilgning (prosent)
25 663	47 742	1 225 202 946	168 000 000 000	0,7 %

Tabell 2 Estimert reell behov for vekst i bevilgning, millioner kroner og prosent

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

En framskrivning av aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern og TSB som følge av forventet demografisk vekst, er vanskeligere enn i somatikk. Dette særlig fordi kostnadsvektarbeidet innen psykisk helsevern og TSB er kommet kortere enn i somatikk.

Det er valgt å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som vekter snitt kostnad per enhet. Denne er deretter framskrevet fordelt på alder og kjønn, 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.

Tabell 3 viser aktivitet, vektor og omregnet aktivitet.

	Aktivitet 2021	Vekt	Vekt aktivitet tjenesteområde	Omregnet aktivitet 2021
VOP sykehus liggedøgn	660 440	1,00000	1,00000	660 440
VOP DPS liggedøgn	352 684	0,59270	1,00000	209 036
VOP poliklinikk	1 938 339	0,24730	1,00000	479 351
VOP dagbehandling	7 243	0,74910	1,00000	5 426
TSB liggedøgn	636 482	1,00000	0,60580	385 581
TSB dagbehandling	2 762	0,68960	0,60580	1 154
TSB poliklinikk	597 938	0,37910	0,60580	137 322
BUP sykehus liggedøgn	92 741	1,00000	1,00000	92 741
BUP poliklinikk	982 360	0,16780	1,00000	164 840
BUP dagbehandling	4 691	0,58390	1,00000	2 739
Totalt	5 275 680			2 138 629

Tabell 3 Vektene er basert på NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Tabell 4 viser den omregnede aktivitet framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2024.

ÅR	Omregnet aktivitet	Endring
2021	2 130 418	
2022	2 142 357	0,56 %
2023	2 162 629	0,95 %
2024	2 175 284	0,59 %

Tabell 4 Demografisk framskrivning av omregnet aktivitet. Ettårig alder og kjønn, hele landet. SSBs befolkningsframskrivning av 2022

Som vist over gis hovedtyngden av aktiviteten innen psykisk helsevern og TSB til en yngre del av befolkningen. Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 0,6 prosent forutsatt lik behandlingsprofil på alder og kjønn i 2024, som i 2021.

Forventet behov for vekst utover demografi

Somatikk

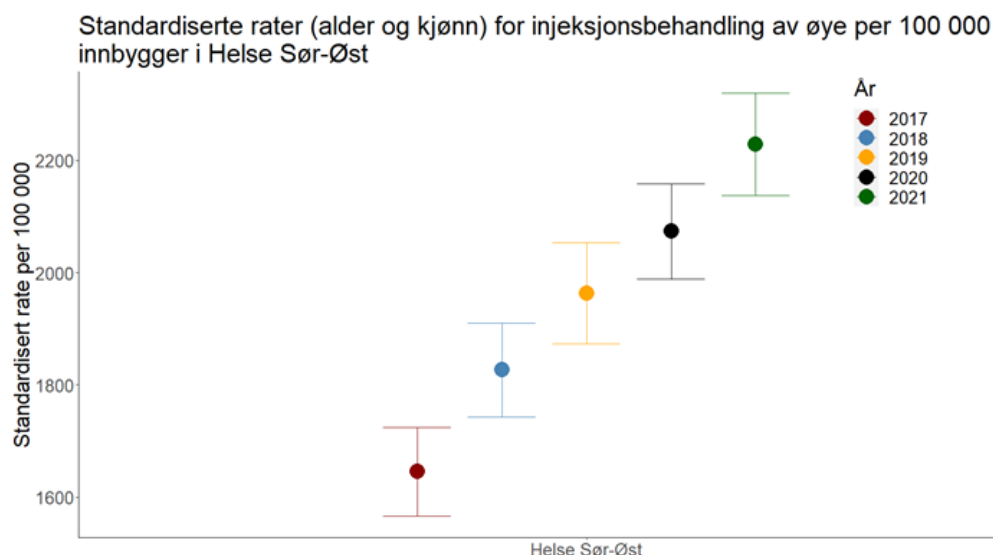
Den rene naive framskrivingen tar ikke hensyn til andre endringer enn alder- og kjønnssammensetningen i Norge. Som nevnt innledningsvis, øker antallet pasienter med flere samtidige sykdommer med en aldrende befolkning.

ÅR	Pasienter uten definert kronisk sykdom			Pasienter med 1-4 kroniske sykdommer			Pasienter med 5 eller flere kroniske sykdommer		
	Individer	Kontakter	Antall kontakter pr individ	Individer	Kontakter	Antall kontakter pr individ	Individer	Kontakter	Antall kontakter pr individ
2018	1 416 167	3 790 874	2,68	547 458	3 328 574	6,1	15 731	233 474	14,8
2019	1 426 523	3 846 788	2,70	557 277	3 426 770	6,1	15 879	241 016	15,2
2020	1 366 320	3 614 972	2,65	546 839	3 323 491	6,1	15 507	234 569	15,1
2021	1 437 203	3 932 089	2,74	573 325	3 598 853	6,3	16 333	253 460	15,5
Endring i perioden	1,49 %	3,73 %	2,2 %	4,72 %	8,12 %	3,2 %	3,83 %	8,56 %	4,6 %

Tabell 5 Antall individer og antall kontakter for pasienter uten kronisk sykdom, pasienter med en til fire kroniske sykdom og pasienter med to eller flere kroniske sykdommer

Tabellen over viser at det i perioden 2018 - 2021 var en vekst i antall pasienter uten kronisk sykdom på 1,5 prosent. Veksten for pasienter med en til fire kroniske sykdommer var 4,7 prosent, mens den for pasienter med fem eller flere kroniske sykdommer var på 3,8 prosent. Tabellen viser videre en vekst i antall kontakter for de ulike pasientgruppene.

For å treffe bedre på en fremtidig utvikling er det derfor hensiktsmessig å ta hensyn til utviklingstrender. Ett eksempel som kan illustrere dette, er volumet av injeksjoner ved aldersrelatert makuladegenrasjon (AMD). Her har ny behandling fått konsekvens ved at flere pasienter mottar behandling hvert år, samtidig som at pasientpopulasjon fra foregående år fremdeles er i behandling. Figuren under illustrerer utviklingen i injeksjonsbehandlinger i øye (standardiserte rater per 100 000 innbygger) i Helse Sør-Øst.



Figur 3 Standardiserte rater (alder og kjønn) for injeksjonsbehandling av øye per 100 000 innbygger i Helse Sør-Øst

Dersom nivået i 2019 hadde vært lagt til grunn for å gi forventet volum i 2021, ville man underestimert volumet i 2021. Dersom man tar høyde for utviklingstrenden tilbake til 2017, vil man i langt større grad treffe på faktisk volum i 2021.

Analyser av tidsserier for helsedata hvor 2020 og 2021 inngår, er samtidig krevende grunnet covid-19 pandemien. Selv om spesialisthelsetjenesten behandlet nesten like mange individer i perioden, var aktiviteten redusert, og reduksjonen var ikke likt distribuert over alle fagområder. I perioder var det særlig prosedyretunge fag som hadde utfordringer med å opprettholde aktivitet, samtidig som insidensen av noen sykdomskategorier midlertidig var redusert. Hva spesialisthelsetjenesten skal forvente av aktivitet- og kostnadsutvikling i 2024 er derfor særlig krevende å beregne. Til dels vil dette kunne være forsinkede sykdomsforløp, diagnostisering eller utsatt aktivitet, som skal hentes inn.

Dersom man framskriver behovet for aktivitetsvekst innen somatiske sykehusfunksjoner fra 2021, og tar hensyn til pasientsammensetning, alderssammensetning, samt endringer fra 2018 til 2019, gir dette et behov for en vekst på 2,2 prosent målt i DRG-poeng.²

	Individer	Kontakter	DRG
2022	2 053 179	7 921 809	1 584 437
2023	2 091 101	8 086 658	1 621 086
2024	2 125 519	8 239 346	1 656 682
Endring	34 418	152 688	35 596
	1,65 %	1,89 %	2,20 %

Tabell 6 Beregnet aktivitetsbehov

Et framskrevet behov for vekst på ca. 35 000 DRG-poeng vil gi et behov for reell vekst i bevilgningene på om lag 1,6 milliarder kroner (2022-kroner), og utgjør en vekst på om lag en prosent ut fra den samlede bevilgningen for 2022 jf. tabell 7.

² Alderssammensetning er korrigert for femårig alder. Pasientsammensetning er korrigert for Elixhauser kormorbiditetsindeks.

Vekst DRG-poeng	Kostnad pr DRG (2022)	Forslag til reell vekst i bevilgning (kr)	Samlet bevilgning 2022	Forslag til reell vekst i bevilgning (prosent)
35 596	47 742	1 699 424 232	168 000 000 000	1,0 %

Tabell 7 Beregnet aktivitetsbehov

Oppsummering somatikk

Det vil være flere årsaker til at vi må forvente en sterkere aktivitets- og kostnadsvekst utover ren demografi. Dette vil kunne være endringer i diagnostikk, behandling eller mer kostnadskrevenne behandlingsregimer. Tidsserieanalyser hvor 2020/2021 inngår er krevende, men det er nødvendig å legge til rette for en samlet vekst fra 2023 til 2024 i somatiske sykehusfunksjoner på 2,2 prosent, målt i antall DRG-poeng. Et framskrevet behov for vekst på om lag 35 000 DRG-poeng vil gi et behov for reell vekst i bevilgningene på om lag 1,6 milliarder kroner (2022-kroner), og utgjør en vekst på én prosent ut fra den samlede bevilgningen for 2022.

Behov utover demografi psykisk helsevern og TSB

Det er nylig startet et større nasjonalt arbeid for å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2022. 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

Det nasjonale arbeidet vil være førende for innspillet som skal gis i dette dokumentet. Det vil derfor vises til dette arbeidet når det gjelder vekstbehov utover demografi i psykisk helsevern og TSB.

Øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024

- Behov for økt basisbevilgning
 - Overordnet om utviklingen i finansielle rammebetingelser
 - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Kostnader knyttet til mål for miljø/klima
 - Finansiering av legemiddelområdet
 - Utdanning
 - Beredskapsarbeid
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg".

Behov for økt basisbevilgning

De regionale helseforetakene vil trekke frem følgende forhold vedrørende basisbevilgningen.

Overordnet om utvikling i finansielle rammebetingelser

Historisk bevilgningsnivå kan belyse hvilken vekst i bevilgningene som er nødvendig for å videreutvikle gode helsetjenester. Tabellen nedenfor viser basisrammen for Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1 S for årene 2015 til 2019 (faste 2022-kroner).

Budsjettår	Basisramme statsbudsjettet	Vekst fra året før
2015	57 870 546	5,8 %
2016	59 964 630	3,6 %
2017	57 442 502	-4,2 %
2018	58 104 517	1,2 %
2019	58 207 246	0,2 %
Snitt endring		1,3 %

Tabell 8 Basisramme for Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1 S (kap. 732.72) for årene 2015 til 2019 i 2022-kroner. For 2015 og 2016 er bevilgningen korrigert for kompensasjon for merverdiavgift. Perioden 2015 til 2019 brukes som utgangspunkt siden 2020, 2021 og 2022 er preget av koronapandemien

Realveksten i grunnbevilgningen har gjennomsnittlig vært på 1,3 prosent, men har variert betydelig. Snittberegningen er påvirket av midler til dekning av endrede pensjonskostnader i samme periode. Endringer i oppgaver mv. har også påvirket utvikling i basisrammen.

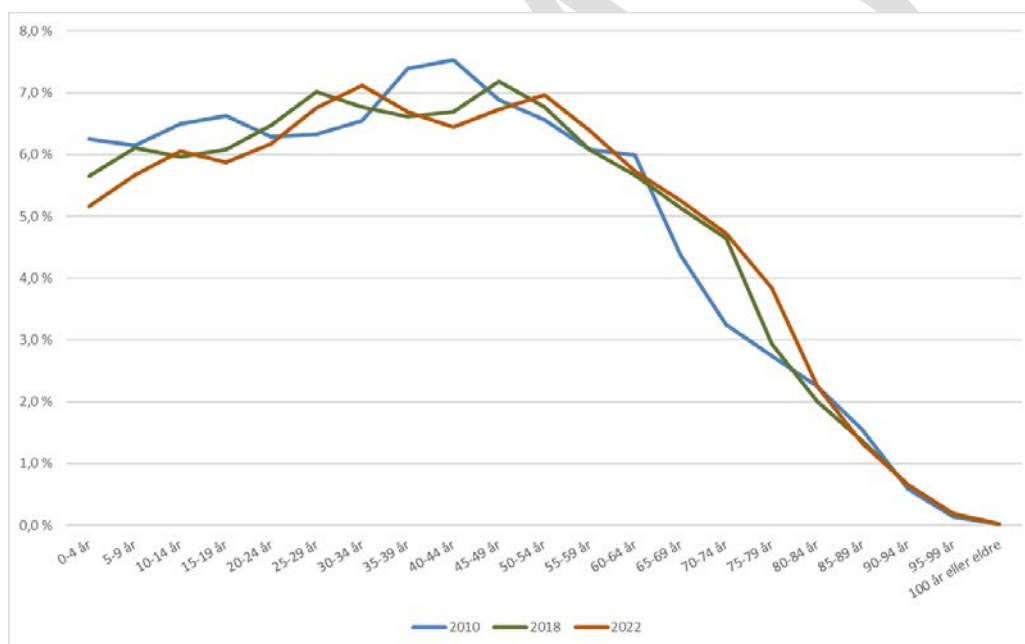
Hvert år vurderer Helsedirektoratet behovet for demografisk betinget vekst. Denne behovsveksten er et resultat av befolkningsutviklingen framover basert på historisk forbruksmønster, jf. tabell 9.

Budsjettår	Demografisk betinget vekst	Prosentvis årlig endring i befolkning (SSB)
2015	1,4 %	1,1 %
2016	1,5 %	0,9 %
2017	1,5 %	0,9 %
2018	1,3 %	0,7 %
2019	1,3 %	0,6 %
Gjennomsnitt i perioden	1,4 %	0,8 %

Tabell 9 Demografisk betinget vekst årlig. Innspill fra Helsedirektoratet. Årlig befolkningsvekst fra SSB

Tabellen over viser at den årlige befolkningsveksten i perioden har vært 0,8 prosent. I perioden 2015 til 2019 har Helsedirektoratet anslått en demografisk betinget vekst på mellom 1,3 prosent og 1,5 prosent, gjennomsnittlig 1,4 prosent. Veksten i basisbevilgning har altså i gjennomsnitt vært lavere enn den demografisk betingede veksten i den samme perioden. En slik utvikling gjør at det kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å møte pasienter med et mer komplisert sykdomsbilde, og at evnen til å ta i bruk nye medikamenter og metoder uten at det går ut over andre deler av pasientbehandlingen, svekkes.

Som nevnt tidligere er befolkningssammensetningen i endring, og figur 4 viser utviklingen fra 2010 til i dag.



Figur 4 Befolkningssammensetning 2010, 2018 og 2022

Figuren viser en særlig vekst i andel befolkning over 70 år. Denne utviklingen vil fortsette i årene fremover. Flere eldre betyr også flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. I regjeringens perspektivmelding³ 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. 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 derfor kreve betydelig vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

³ Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene setter av midler til framtidige investeringer. For å se om helseforetakene klarer å bedre sin tjenesteleveranser, og samtidig sette av midler til framtidige investeringer, kan endring i kvalitet og resultatgrad sammenlignes. Tabell 10 viser utviklingen i ventetider.

Ventetid				
År	Somatikk	Psykisk helsevern voksne	Psykisk helsevern barn	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2015				
2016	-8 %	-5 %	3 %	-18 %
2017	-3 %	4 %	1 %	-3 %
2018	3 %	-1 %	-3 %	1 %
2019	-1 %	-8 %	-7 %	-2 %
Samlet endring i perioden	-10 %	-10 %	-7 %	-21 %

Tabell 10 Nasjonale resultater ventetider

Den samlede endringene viser en bedring for alle tjenesteområdene i perioden.

Tabell 11 viser at resultatgraden har bedret seg i perioden, men at den fortsatt er lavere enn målet på 2,5 prosent, som anses som nødvendig for å kunne finansiere investeringer.

Budsjettår	Årsresultat	Resultatgrad
2015	1046	1,3 %
2016	1343	1,7 %
2017	1016	1,3 %
2018	1768	2,2 %
2019	2009	2,3 %

Tabell 11 Resultatgrad og resultatutvikling for Helse Sør-Øst

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.

Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst 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 omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Dette kan på sikt ikke realiseres under dagens bevilgningsregime, hvor det forutsettes at behovsveksten kan håndteres 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.

I helseforetakene har det over tid vært en produktivitetsvekst. Investeringer i teknologi, nye bygg og utstyr, organisasjonsutvikling, nye metoder, forbedrede utdanningsløp mv. kan bidra til å øke

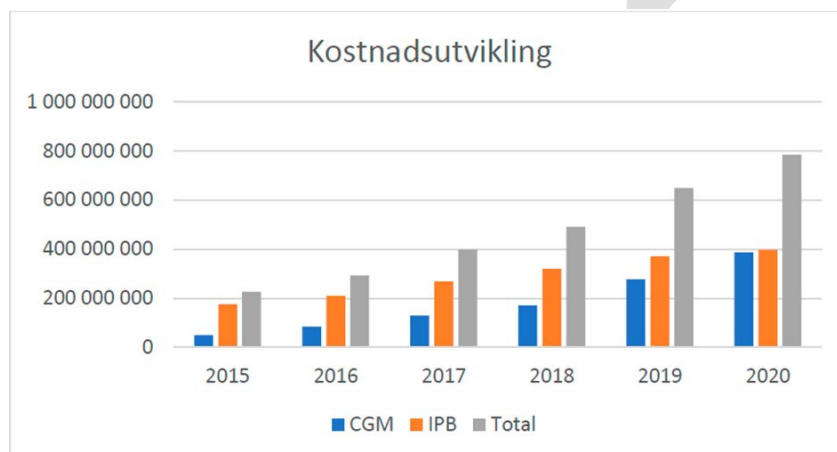
produktiviteten ytterligere noe. Fremtidig finansieringen må ta hensyn til at helseforetakene skal kunne finansiere volumveksten, bedre innholdet i pasientbehandlingen og spare til kommende investeringer.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, samt gir 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

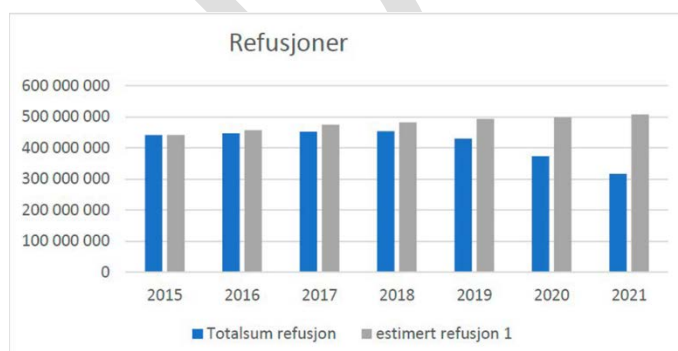
Helseforetakene overtok ansvaret for insulinpumpebehandling i 2005, og de fleste pasientene ble da behandlet med insulinpenn, og målte blodsukkeret ved fingerstikking.

Utviklingen på utstysfronthen har vært stor, og nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med IPM (insulinpumpebehandling) og CGM (kontinuerlig glukosemåling) for å monitorere blodsukker. Innføring av CGM har påført helseforetakene økte kostnader, spesielt etter oppstart av ny nasjonal avtale om insulinprodukter i 2019.



Figur 5 Utgifter til CGM og IPM. Kilde Sykehusinnkjøp HF

Kostnadsutviklingen for spesialisthelsetjenesten har vært betydelig i perioden og må forventes å øke, samtidig som utgiftene for HELFO sin refusjonsordning har blitt redusert betydelig i samme periode.



Figur 6 Utgifter for Helfo sin refusjonsordning. "Estimert refusjon" fremkommer som gjennomsnittlig refusjoner 2015 multiplisert med pasienttallet de kommende år, det vil si om ikke CGM hadde vært et alternativ. Tall for 2021 er estimert basert på utviklingen de siste årene og har betydelig usikkerhet

Det er en betydelig kostnadsøkning hos helseforetakene som følge av overgang fra fingerstikking til CGM, samtidig som man ser en reduksjon i refusjoner fra HELFO. Denne trenden er økende og vil sannsynligvis medføre ytterligere økte kostnader for helseforetakene. Det vil derfor være nødvendig at budsjettmidler overføres fra HELFO til de regionale helseforetakene.

Det vises også at kostnaden med CGM er høyere enn kostnaden med fingerstikking, noe som gjør at totalkostnaden forbundet med blodsuktermåling 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 CO₂-utslipp. Hovedmålet til de regionale helseforetakene er derfor å redusere CO₂-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. 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 gi økte kostnader.

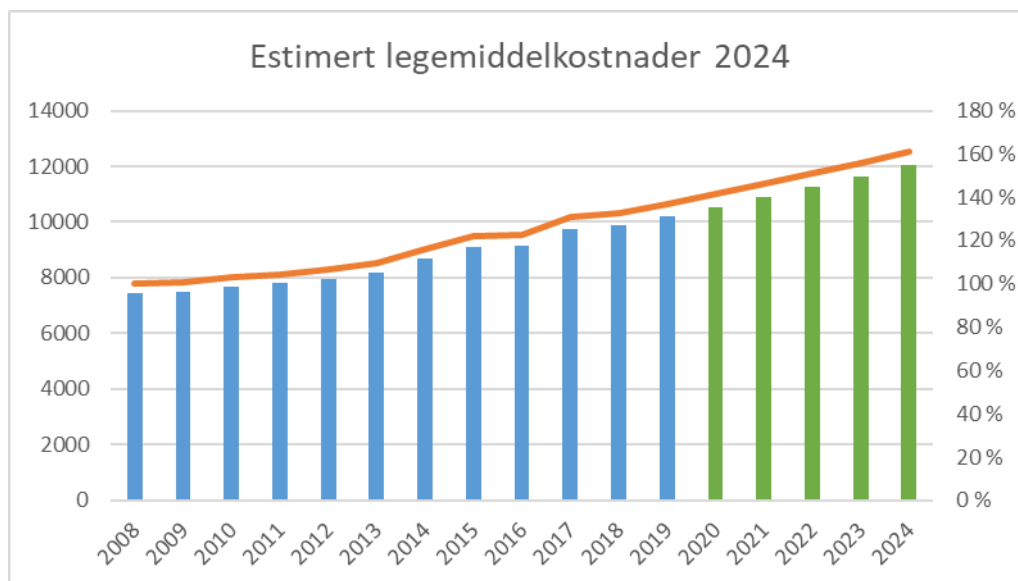
For eksempel resulterte en ny rammeavtale for operasjonsprodukter i 2021 at kostnadene økte med 15 prosent. Samtidig anslås det at anskaffelsen gir 20 prosent lavere CO₂-utslipp.

Dagens krevende økonomiske situasjonen gjør det utfordrende for spesialisthelsetjenesten å levere på målene innen miljø-/klimaområdet. For å legge til rette for å nå spesialisthelsetjenestens klima- og miljømål, bes det derfor om at det tas høyde for de økte kostnadene som målene medfører.

Finansiering av legemiddelområdet

Veksten i legemiddelkostnadene har over flere år vært betydelig, og kostnadsrisikoen gjør at basisbevilgningen må ta hensyn til de økte kostnadene som legemidler medfører.

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. Fra 2015 har det vært en gjennomsnittlig årlig økning på 3,3 prosent som, i figur 7, legges til grunn for en forventet årlig økning fram til 2024.



Figur 7 Estimert legemiddelkostnader framskrevet til 2024

Gitt forutsetningene beskrevet over vil den årlige kostnadsveksten på 3,3 prosent utgjøre i underkant av 390 millioner kroner fra 2023 til 2024. Årlig kostnadsvekst på 3,3 prosent er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

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

Utdanning

Spesialisthelsetjenesten er personell- og kunnskapsintensiv. Personell utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Videre er helseforetakene store utdanningsvirksomheter og bruker mye ressurser på praksisplasser, utdanning og veiledning av ansatte, studenter og lærlinger.

Finansiering av utdanning i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Samtidig er utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten påvirket av utdanningsaktiviteten i utdanningssektoren, der finansieringen er mer knyttet til aktivitet.

Helsepersonell under utdanning må innom helseforetakene for praksis. Når bemanningsbehovet øker i alle sektorer, må helseforetakene opparbeide utdanningskapasitet som i tillegg til å dekke eget behov, også må dekke primærhelsetjenesten og privat sektor. Antallet studieplasser som krever praksisplasser øker således mye, samtidig som flere nye utdanninger kommer til. Antallet studieplasser øker betydelig mer enn kandidatmåltall, og samlet gir dette behov for økt prioritering av samlet basisbevilgning. For å sette helseforetakene i stand til dette, er det viktig at finansieringen av den lovpålagte oppgaven utdanning prioriteres i tråd med veksten i utdanningskapasitet.

De senere årene har vekst i utdanningsaktiviteten i utdanningssektoren blitt prioritert høyt, med finansiering fra Kunnskapsdepartementet. Spesialisthelsetjenesten har fulgt opp med praksisplasser (og lærerressurser), på et nivå som har vært langt utover det som er lagt til grunn for vekst i basisbevilgningen. Vi ber derfor om at vekst i utdanningsaktivitet sees på samlet, slik at helseforetakene blir prioritert på linje med veksten i utdanningssektoren. Gjerne med tydeligere felles prioritering i tråd med tjenestenes behov innen helsepersonellutdanningene.

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 den globale smittesituasjonen, usikkerhet i forsyning av viktige varer og legemidler, økte digitale trusler og utfordringer innen informasjonssikkerhet, samt den generelle internasjonale sikkerhetssituasjonen. Denne utviklingen innebærer flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak, mer øvingsaktivitet, og en økonomisk merbelastning som vanskelig kan nedprioriteres. De regionale helseforetakene mener disse kostnadene i større grad bør reflekteres i den økonomiske tildelingen. I denne sammenheng er det også en forutsetning at overordnede myndigheter i større grad fastsetter klart definerte mål for beredskapens omfang og nivå. Det er viktig at samfunnskritiske virksomheter defineres og tydeliggjøres, samt at kritiske avhengigheter som understøtter disse gis nødvendig prioritet og oppmerksomhet.

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.

Investeringer

De regionale helseforetakene vil trekke frem noen forhold relatert til behovet for investeringer.

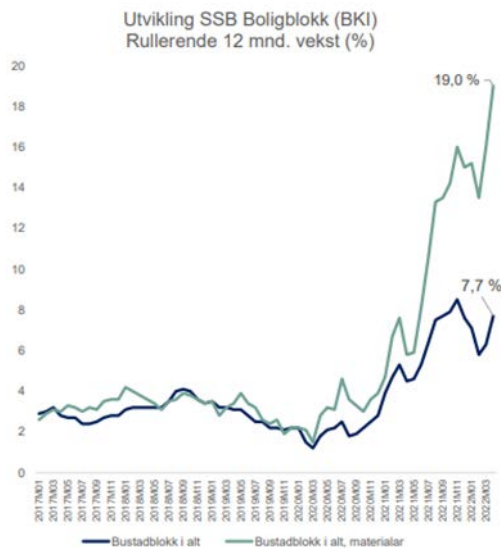
Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

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. Det vil bidra til bæreevne, og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko, dersom en får et regime som ligger nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Årlige rentekostnader vil bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene med dagens modell, sammenlignet med den rentemodellen som lå til grunn før 2018.

Underfinansiert kostnadsvekst

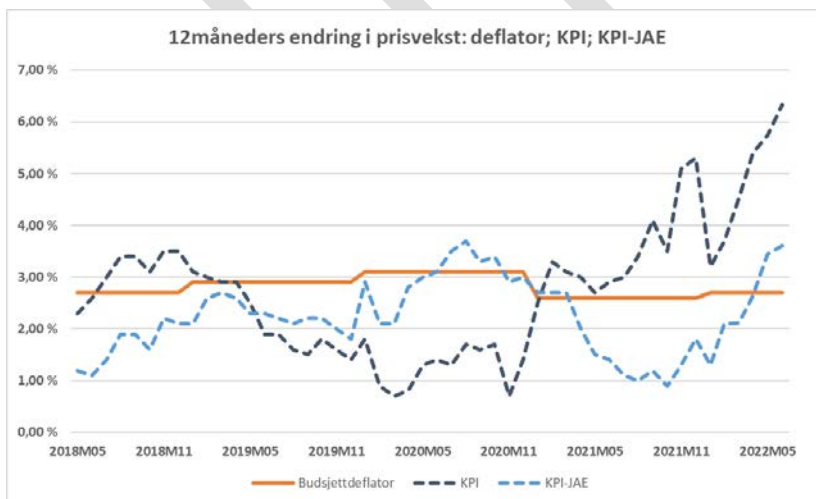
Deflatoren i statsbudsjettet og byggekostnadsindeksen har historisk sett vært like. Fra og med 2020 og fram til i dag, har bygge- og anleggsnæringen opplevd en ekstraordinær kostnadsvekst. Årsakene til veksten er sammensatte, men utgjøres først og fremst av forhold knyttet til Covid-19 pandemien og deretter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

Figur 8 viser SSBs byggekostnadsindeks for boligblokk, som benyttes i de fleste av landets byggeprosjekter.



Figur 8 Utvikling i Boligblokk (BKI) – månedsendring, i prosent fra samme måned i forrige år (Kilde: Rapport Markeds- og risikoanalyse investeringsportefølje 2022, Metier OEC og Prognosesenteret AS)

Indeksen viser samtidig at det er prisutviklingen på materialer som er hovedårsaken til den sterke prisveksten. Råvarer som stål, betong/betongelementer, kobber, plast, trelast og andre byggevarer har økt betydelig i pris og er på historisk høye nivåer. Eksempelvis anslås det at byggeprosjektene i Helse Sør-Øst, økte med 3,2 milliarder kroner i 2021 som følge av vekst i byggekostnadsindeksen utover deflator. Videre er det for økonomisk langtidsplan 2023-2026 innarbeidet en prisvekst utover deflator, tilsvarende 5 prosent for 2022. Den ufinansierte kostnadsveksten i Helse Sør-Øst alene anslås til 4,6 milliarder kroner. Figur 9 viser historisk utvikling i deflator, KPI-JAE og KPI.



Figur 9 Historisk utvikling i deflator, KPI-JAE og KPI

Som figuren over viser, har det vært en generell pris og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene for statsbudsjettdeflator for 2022. For eksempel vil en 6,3 prosent prisvekst KPI

versus 1,5 prosent som forutsatt i deflator, utgjøre en økning på om lag 1,6 milliarder kroner for Helse Sør-Øst. Legges estimat basert på Norges Banks prognose (pengepolitisk rapport 2/2022) til grunn (4,6 prosent prisvekst KPI), utgjør det en ufinansiert kostnadsvekst på om lag 1,1 milliarder kroner i helårseffekt.

Samlet gir dette en betydelig kostnadsvekst som ikke er finansiert, og som vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere investeringer.

For å sikre en bærekraftig gjennomføring av igangsatte og planlagte investeringer, og driftsøkonomi, ber man om at det tas høyde for kostnadsvekst utover deflator for 2022, og at årlig indeksering av lån også sees i sammenheng med utviklingen i byggekostnadsindeks.

Hvis den ufinansierte kostnadsveksten i 2022 ikke kompenseres, vil det medføre en heving av kostnadsnivået som ikke senere tas inn igjen gjennom deflator. Dette innspillet må sees i sammenheng med evt. tilleggsproposisjoner i 2022, og statsbudsjettet for 2023.

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

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven⁴, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere. Fagenheten har ansvaret for at alle dømte utredes i enhetens døgnavdeling på Brøset i Trondheim, før de føres tilbake til hjemkommunen for gjennomføring av særreaksjonen. Fagenheten har videre det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for de kommunale tiltakene som da etableres.

Driften av Fagenhet for tvungen omsorg var t.o.m. 2019 fullfinansiert over statsbudsjettet, mens det fra 2020 ble innført 20 prosent egenandel for de regionale helseforetakene. Dette for å stimulere til økt kostnadskontroll.

Ved dom til tvungen omsorg gjennomføres den første fasen ved Fagenhetens sengepost på Brøset, men den lengste, og mest kostbare delen av dommen, gjennomføres i den domfeltes hjemkommune.

Kostnadene ved ordningen⁵ økte fra 79,4 mill. kroner i 2012 til 119,5 mill. kroner i 2019, mens kostnadene økte til 218 mill. kroner i 2021. I 2021 utgjorde RHF-enes kostnader 43,5 mill. kroner, som var om lag det dobbelte av det som ble overført til RHF-enes basisrammer i 2020.

Kostnadsveksten har direkte sammenheng med at det er flere dømte i kommunale tiltak. Ved utgangen av 2019 var det 12 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)

Den sterke veksten i antall dømte de siste årene kan i stor grad knyttes til endringer i lovverket. Grensen for strafferettslig skyld evne ble i 2020 endret, slik at flere med psykisk utviklingshemming ansees som utilregnelig og dermed kan dømmes til tvungen omsorg.

⁴ Omfattes også i feks. endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a, som trådte i kraft 1. januar 2002.

⁵ Dom til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

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.

UTKAST

Vedlegg

Tallgrunnlaget som er benyttet i dette notatet er data fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2018-2021. Framskrivninger er basert på SSBs hovedalternativ for befolkningsvekst i Norge av 2022 med 2021-rater for ett-årig aldersgrupper og kjønn. Effekt av demografi er beregnet med framskrevet rate av DRG-poeng 2021.

Effekt av behov utover demografi er beregnet med:

((framskrevet antall pasienter med ulike sammensetninger av sykdommer*(antall kontakter per individ per år*prosentendring i antall kontakter 2018-2019) *snitt DRG-poeng per kontakt 2021 per sammensetning av sykdommer)).

Det benyttes Elixhauser komorbiditetsindeks for hovedtilstand og opplysninger om opptil 15 bidiagnoser per pasient per år for segmentering av pasientpopulasjon i tre grupper. ICD-10 koder for Elixhauser er hentet fra Quan et al.⁶ og vekting er hentet fra Moore et al.⁴. Se tabell under for utdypende informasjon.

Sykdomsgrupper i Elixhauser komorbiditetsindeks med vekting	
Sykdomsgruppe	AHRQ
Kongestiv hjertesvikt	9
Hjertearrytmier	0
Hjerteklaffsykdommer	0
Pulmonal hjertesykdom	6
Perifer vaskulær sykdom	3
Hypertensjon, ukomplisert	-1
Hypertensjon, komplisert	-1
Paralyse	5
Andre nevrologiske sykdommer	5
Kronisk lungesykdom	3
Diabetes uten kronisk komplikasjon	0
Diabetes med kroniske komplikasjoner	-3
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertel	0
Nyresykdom	6
Lever sykdom	4
Magesår uten blødning	0
AIDS/HIV	0
Lymfom	6
Metastase	14
Svulst uten metastase	7
Revmatoid artritt/bindevevssykdommer	0
Koagulasjonsdefekter	11
Fedme	-5
Vekttap	9
Væske og elektrolyttforstyrrelser	11
Anemi ved blodtap	-3
Mangelanemier	-2
Alkoholmisbruk	-1
Misbruk av psykoaktive stoffer	-7
Psykose	-5
Depresjon	-5

Sykdomsgrupper med tilhørende vekting.

⁶ Quan, H. et al., Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data (2005). Medical care, 43

⁷ <https://cran.r-project.org/web/packages/comorbidity/vignettes/comorbidityscores.html>