

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
732	Regionale helseforetak	76 620 357	84 298 844	102 744 675	21,9
737	Kreftregisteret	80 353	83 808	87 496	4,4
	Sum kategori 10.30	76 700 710	84 382 652	102 832 171	21,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	9 034	2 486	8 095	225,6
70-89	Andre overføringer	76 485 973	84 050 166	102 734 076	22,2
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	205 703	330 000	90 000	-72,7
	Sum kategori 10.30	76 700 710	84 382 652	102 832 171	21,9

Kap. 732 Regionale helseforetak

				(i 1 000 kr)
--	--	--	--	--------------

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	9 034	2 486	8 095
70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 337 821	3 349 806	619 218
71	Tilskudd til Helse Øst RHF	18 626 980		
72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	10 381 202	31 969 980	38 579 780
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	9 800 488	10 799 863	13 168 191
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	7 293 805	7 989 453	10 044 640
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	6 349 885	6 928 639	9 012 408
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	14 680 054	16 821 439	18 721 282
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 331 818	2 032 132	2 042 346
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	747 511	783 054	832 312
79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	438 627	457 900	478 048
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 417 429	1 059 092	652 543
82	Investeringslån		1 720 000	1 075 812

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>		55 000	120 000
86	Driftskreditter			7 300 000
91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	205 703	330 000	90 000
	Sum kap. 732	76 620 357	84 298 844	102 744 675

De regionale helseforetakene har ansvar for å skaffe befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes ved primærhelsetjenestens tilbud. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller dermed en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. En robust primærhelsetjeneste er fundamentet i vår helhetlige tjeneste. Det er viktig med god samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, jf. arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren.

Den politiske styringen av de regionale helseforetakene skjer i hovedsak gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak.

Pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplan for rusfeltet er andre eksempler på slike vedtak.

Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning samt eieransvar for underliggende helseforetak (dvs. sykehus og annen spesialisthelsetjeneste). Ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret innebærer utstrakt bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra ulike private aktører. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, dens alderssammensetning og ulike sosioøkonomiske kriterier.

Styrene i helseforetakene er sentrale i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er folkevalgte kandidater valgt etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

Sykehusøkonomi

Regjeringen følger opp Soria Moria-erklæringen om at sykehusenes økonomi skal styrkes slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd foreslås det bevilget 6,494 mrd. kroner mer til regionale helseforetak i 2009 sammenliknet med saldert budsjett 2008. I tillegg kommer reduserte renteutgifter på 70 mill. kroner knyttet til nedbetaling av driftskreditter, til sammen 6,564 mrd. kroner. Forslag til styrket sykehusøkonomi er fordelt som følger:

- Dekning av økte pensjonskostnader: 3920 mill. kroner
- Vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009: 1026 mill. kroner
- Videreføring av antatt høyere aktivitetsvekst i 2008 enn forutsatt 1,5 pst. (anslag per første tertial og juni 2008): 300 mill. kroner
- Opptrappingsplan for rusfeltet styrkes med 300 mill. kroner, hvorav til spesialisthelsetjenesten: 148 mill. kroner
- Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning: 600 mill. kroner
- Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringene: 500 mill. kroner
- Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt: 70 mill. kroner

Pensjonskostnader

Det foreslås til sammen 3920 mill. kroner til dekning av økte pensjonskostnader sammenliknet med saldert budsjett 2008.

I St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det varslet at regjeringen ville komme tilbake til den langsiktige håndteringen av pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene og de private helseinstitusjonene i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Det foreslås at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av inntektsrammen til de regionale helseforetakene, og at basisbevilgningen settes opp 3600 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2008. Dette innebærer at det kan stilles et entydig, ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Ved at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basistilskuddet oppstår det et likviditetsoverskudd som følge av at anslått pensjonskostnad er høyere enn anslått pensjonspremie. Det stilles krav om at dette likviditetsoverskuddet skal gå til å nedbetale driftskreditt.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det vedtatt å bevilge 320 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å inngå kjøps-/driftsavtaler med private som avspeiler det anslått høyere pensjonskostnadsnivå, jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008). Denne tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009.

Regjeringen foreslår som en del av opplegget at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditt i staten, og at framtidige endringer i driftskredittrammen inntekts- eller utgiftsføres i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker. Som følge av denne omleggingen, er foreslått bevilgning under kap. 732 isolert sett økt med 7,3 mrd. kroner fra 2008 til 2009.

Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi med 1026 mill. kroner. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. på nasjonalt nivå fra 2008 (anslag basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2008).

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og rus).

Videreføring av økt aktivitetsvekst i 2008 til 2009

I 2008 ble det budsjettet med økt pasientbehandling på 1,5 pst. Aktivitets- og regnskapstall for første tertial og juni 2008 indikerer en samlet vekst i 2008 knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinisk virksomhet som er 300 mill. kroner høyere enn dette. Dette antatt høyere utgiftsnivået er videreført i bevilgningsforslaget for 2009 for tilskudd til ISF og refusjon poliklinisk behandling.

Særsilt styrking gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås en samlet styrking av rusfeltet med 300 mill. kroner gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet, hvor av 148 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten. I dette ligger en styrking av kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. I den totale styrkingen på rusfeltet inngår også en styrking av de kommunale tjenester.

Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning (Magnussenutvalget)

Det foreslås ny inntektsfordeling i tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008: 2) gjennom økt bevilgning i 2009 og 2010. Det innebærer at Helse Sør-Øst RHF, som ellers ville tapt på omleggingen, ikke får redusert sine inntekter. I 2009 foreslås det avsatt 600 mill. kroner til innfasing av ny inntektsfordeling. Resterende beløp vil bli foreslått bevilget i 2010.

Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringer

Selv om det er vedtatt at alle regionale helseforetak skal gå i balanse i 2008, viser prognosene for økonomisk resultat et antatt underskudd på om lag 900 mill. kroner inneværende år. Det knytter seg usikkerhet til prognosen. Regionale helseforetak må omstille og effektivisere driften slik at de oppnår økonomisk balanse. For å lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene, foreslås basisbevilgningen styrket med 500 mill. kroner i 2009.

Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt

Regjeringen foreslår å legge pensjonskostnaden til grunn for bevilgningsnivået i 2009. I og med at anslått pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnad, oppstår det et likviditetsoverskudd. De regionale helseforetakene pålegges å bruke dette likviditetsoverskuddet til å nedbetale driftskreditt med 1,3 mrd. kroner. Dette medfører isolert sett en reduksjon i de regionale helseforetakenes renteutgifter med om lag 70 mill. kroner, og en tilsvarende styrking av økonomien.

Plan og melding fra de regionale helseforetakene

Plan- og melding fra de regionale helseforetak er en del av grunnlaget for budsjettforslaget. I meldingsdelen omtales sentrale krav stilt til de regionale helseforetakene i 2007 og 2008. Helse- og

omsorgsdepartementet arbeider med å standardisere tilbakemelding fra de regionale helseforetakene i årlig melding. Dette skal sikre at årlig melding gir god informasjon både om utvikling og status på aktuelle områder. Dette vil gjøre det lettere å danne seg et bilde av utviklingen i landet som helhet. I plandelen presenteres prioriterte områder og oppgaver for 2009. Disse vil ligge til grunn for utformingen av oppdragsdokumentene for 2009 til de regionale helseforetak.

Rapportering 2007 og status 2008

Faglighet, kvalitet og prioritering

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres kulturelt og organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. De regionale helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor vedtatte økonomiske rammer og det er derfor viktig å påse at tjenestene blir utført med forventet kvalitet.

De regionale helseforetakene har i 2007 arbeidet med kvalitetsforbedring både gjennom oppfølging av lovpålegg, egne strategier og oppfølging av oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Samtlige regionale helseforetak rapporterer at de deltar i det nasjonale arbeidet knyttet til utvikling av nasjonale faglige retningslinjer, at de bidrar til å utvikle innholdet i Helsebiblioteket og at de har innledet samarbeid med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Brukerutvalg er opprettet i alle helseforetak og regionale helseforetak. Samtlige regionale helseforetak melder om at brukerrepresentanter deltar i arbeidsgrupper og prosjekt som angår tjenesteutforming. Helse Midt-Norge RHF har vedtatt en regional strategi for brukermedvirkning, mens Helse Nord RHF har ansatt brukerkonsulenter.

Alle de regionale helseforetak rapporterer at de arbeider med etiske problemstillinger og de fleste helseforetak har etablert kliniske etikk-komiteer. Helseforetakene ble i 2007 bedt om at de kliniske etikk-komiteene skulle inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige i sitt ansvarsområde. I Helse Midt-Norge RHF er det etablert en egen rusetikk-komite. I Helse Vest RHF og i Helse Nord RHF behandler de vanlige komiteene også rusfeltet.

For å bedre pasienters og brukeres deltagelse og kommunikasjon, skal de regionale helseforetakene sørge for tolketjenester til den samiske befolkning og til innvandrerbefolkningen ved behov. Helse Nord RHF melder at tolketjenesteordninger til samisk befolkning finnes og kan innhentes ved behov. De regionale helseforetakene melder at det er etablert tolketjenester, men at det må arbeides med å gjøre ordningene kjent og etablere rutiner for bruken av tolketjenestene.

De regionale helseforetak skal påse at de nasjonale medisinske kvalitetsregistre de har ansvaret for, utvikles og driftes i tråd med retningslinjene gitt i Nasjonal helseplan. De regionale helseforetakene samordner innsatsen for felles nasjonale løsninger for medisinske kvalitetsregistre. I april 2008 mottok Helse- og omsorgsdepartementet rapporten Nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Forutsetninger og løsninger. Rapporten er de regionale helseforetakenes tilbakemelding og anbefalinger på bestilling gitt i oppdragsdokumentet 2007. Rapporten foreslår bl.a. etablering av felles tekniske løsninger med forankring i Helse Midt-Norge RHF og et felles servicemiljø i Helse Nord RHF ved SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering).

Departementet følger kvalitetsutviklingen på utvalgte områder. I dialogen med de regionale helseforetakene har departementet gitt tilbakemeldinger på utviklingen. Resultatene for 2007 viser at det fortsatt er forbedringspotensiale i alle regionale helseforetak. Det er for svak framgang på sentrale

indikatorer som korridorpasienter, epikrisetid og strykninger fra planlagte operasjoner. Departementet forutsetter at helseforetakene kontinuerlig arbeider for å levere gode resultater på indikatorene i oppdragsdokumentene, samt øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer.

For å sikre at tilbudet er tilpasset behovene og er av høy kvalitet, har departementet satt i gang et arbeid med å etablere et nytt helhetlig styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. I tråd med styringskrav har de regionale helseforetakene i regi av Helse Vest RHF utarbeidet rapporten Framtidig organisering av høyspesialiserte tjenester i 2006. Basert på rapporten, og Helsedirektoratets faglige vurderinger, har departementet i 2008 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide helhetlige forslag til hvilke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Forslagene skal utarbeides med utgangspunkt i nasjonalt fastsatte kriterier. Sentrale aktører, herunder brukerne, Helsedirektoratet, universitets- og høyskolesektoren og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, skal involveres i arbeidet på en hensiktsmessig måte. Helse Vest RHF leder arbeidet. Departementet vil ha endelig beslutningsmyndighet for etablering og avvikling av funksjoner etter tilrådning fra Helsedirektoratet.

Det er et mål å sikre lik henvisningspraksis og tilgjengelighet til lands- og flerregionale funksjoner. For å sikre lik tilgang har Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF fulgt opp departementets krav om å opprette faglige referansegrupper for de funksjonene de er tillagt ansvar for. Representanter fra samtlige regionale helseforetak deltar aktivt i det nasjonale prosjektet Riktigere prioritering i regi av Helsedirektoratet. Prosjektet skal bidra til at prioriteringene innenfor hvert enkelt fagområde i spesialisthelsetjenesten er i samsvar med prioriteringsforskriften. Det arbeides med å utarbeide veiledere for tildeling av rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp og fastsetting av individuell frist for start av helsehjelp innenfor 30 ulike fagområder. Den første veilederen ble utarbeidet for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og ble implementert 1. januar 2008. De øvrige veilederne implementeres i løpet av 2008/2009.

Rapporteringene fra de regionale helseforetak viser at andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp fortsatt varierer mellom regionene. Helse Midt-Norge RHF har fortsatt høyest andel som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp (85 pst.), mens Helse Nord RHF har lavest andel (52 pst.). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er andelen i underkant av 60 pst. Helse Sør-Øst RHF påpeker at andelen fortsatt varierer mellom helseforetak og fagområder. Felles for alle regionale helseforetak er at andelen som er tildelt rett er lavest innenfor somatisk helsetjeneste.

Det er viktig i et prioriteringsperspektiv at det gjøres en helhetlig vurdering av effekter og kostnader før nye og kostbare metoder innføres. Det er i dag ulik praksis mellom helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene når det gjelder beslutningsprosesser for innføring av nye og kostbare metoder. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bedt Helsedirektoratet sette ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten. Med metoder menes både nye medikamenter, implantater, operasjonsmetoder, diagnostiske prosedyrer og medisinskteknisk utstyr. De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens Legemiddelverk skal være representert i arbeidsgruppen. Rapport vil foreligge i 2009.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2007 evaluert departementets krav om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal være sterkere enn for somatisk pasientbehandling. BUS konkluderer med at tallene for aktivitetsutviklingen i 2007, så langt utvalget kan bedømme det, viser at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet. Vurderer en utviklingen i driftskostnader på regionalt nivå, har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF lavere vekst i driftskostnadene innen somatikk sammenliknet med psykisk helsevern og rusbehandling. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, er veksten i driftskostnadene innen somatikk lavere sammenliknet med psykisk helsevern, men den er høyere innen somatikk sammenliknet med rusbehandling.

Ved Rusreformen i 2004 fikk de regionale helseforetakene overført ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Ifølge Samdata var det i 2006 i alt 1826 offentlige og private døgnbaserte behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling, inkludert de plassene som ble benyttet ved såkalte ad hoc-kjøp. Dette var om lag 320 flere plasser enn det som ble overført ved Rusreformen, tilsvarende en økning av den samlede kapasiteten på om lag 20 pst. Det tilbys polikliniske tjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling ved 76 poliklinikker i Norge. Samlet sett er tilbudet til rusmiddelavhengige etter Rusreformen betydelig styrket. I løpet av 2007 ble det i alt henvist 15 688 personer til vurdering for rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Ettersom 2007 var det første året med tall for henvisninger innen tverrfaglig spesialisert behandling foreligger det ikke sammenliknbare tall for tidligere år.

Den største aktivitetsveksten innenfor psykisk helsevern skjedde i den polikliniske aktiviteten for barn og unge. Her er det en markant økning i alle helseregionene. Utviklingen i den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er mer preget av ulikheter på regionalt nivå. Mens det er tilnærmet uendret aktivitetsnivå i Helse Sør-Øst RHF, er det markert aktivitetsvekst i de tre øvrige helseregionene.

Beregningsutvalgets rapport viser at det i 2007 er regionale forskjeller i aktivitet når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forskjellene kan avspeile ulikheter i tilbud til befolkningen eller ulike behov i de ulike regionene. Det er en økning i antall personer som omfattes av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med knapt 400 fra 2006 til 2007. Dette er en økning på 9 pst. Veksten siste år er noe lavere enn den var fra 2005 til 2006. Det er minst vekst i Helse Sør-Øst RHF (7 pst.) og størst vekst i Helse Nord RHF (26 pst.).

Det vises til nærmere omtale under kap. 743 når det gjelder rapportering på Opptappingsplanen for psykisk helse og kap. 718 når det gjelder rapportering på Opptappingsplanen for rusfeltet.

Forskning

Alle de regionale helseforetakene har et strategisk fokus på forskning. Helseforetakene rapporterer på forskningsaktivitet i tråd med nasjonale føringer. Det har vært en økning i antall artikler og avlagte doktorgrader fra 2006 til 2007, jf. omtale under kap. 732, post 78. Siden 2004 har det vært en økning i forskningsaktiviteten i lokal- og sentralsykehus, og det forskes i dag ved alle helseforetak som inngår i målesystemet. Ut over det statlige øremerkede tilskuddet til forskning, prioriterer alle de regionale helseforetakene midler til forskning gjennom basisbevilgningen. De regionale helseforetakene rapporterte i 2007 en total ressursbruk til forskning på om lag 1,5 mrd. kroner, dvs. 1,9 pst. av totale driftskostnader. Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sto for 84 pst. av i alt 1509 forskningsårsverk, og Helse Sør-Øst RHF sto for vel to tredeler av disse. Det ble rapportert til sammen

200 forskningsårsverk innen psykisk helsevern og 17 forskningsårsverk tilknyttet forskning på tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Om lag 80 pst. av forskningen var finansiert gjennom helseforetakenes bevilgninger, mens 20 pst. var finansiert gjennom eksterne kilder.

Det er besluttet å etablere forskningssamarbeid gjennom formaliserte forskernettverk innenfor to utvalgte fagområder, nevrovitenskap (Nevronor) og hjerte-karforskning (Unicard). Samarbeidet er forankret i de regionale samarbeidsorganene og Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). Det vurderes å etablere forskningssamarbeid innenfor ytterligere fire fagområder; alvorlige psykiske lidelser, kreft, muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning. Det er etablert formaliserte prosesser for etablering og gjennomføring av felles satsingsområder.

Alle de regionale helseforetakene prioriterer oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder. Helse Vest RHF har etablert regionale kompetansesentre på rehabilitering og rus. Helse Midt-Norge RHF har etablert en egen forsknings- og utviklingsavdeling på rus. Tidligere Helse Øst RHF har prioritert syv forskningssvake områder, herunder rehabilitering. I Helse Sør-Øst RHF er et psykiatrisk forskningsnettverk i drift, og en forskerskole innen rus og psykiatri er under etablering. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en forskningsstrategi for 2008–2011 der innovasjon er integrert. Alle regionale helseforetak rapporterer om at det er satt fokus på kjønnsperspektivet i klinisk forskning.

Alle de regionale helseforetakene har foretatt en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringssystemer som er etablert for forskning i helseforetakene. Det er satt i verk ulike tiltak i alle de regionale helseforetakene for å sette fokus på forskningsetikk, eksempelvis i form av konferanser eller internkontroll av forskning.

For å konkretisere og implementere en felles femårig satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet innenfor behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, har de regionale helseforetakene utarbeidet forslag til handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling. Denne skal behandles i de regionale samarbeidsorganene. Det har vært en vesentlig økning i antall offentlige forsknings- og utviklingskontrakter med helseforetakene fra 7 i 2005 til 14 i 2007. Gjennom forny-programmet er 35 forretningsideer fra helseforetakene videreført for lisensiering eller bedriftsetablering.

Utdanning

Helsepersonellens kompetanse er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenestene. Helseforetakene skal være viktige læringsarenaer for helsepersonell som har helseforetakene som arbeidssted eller som praksisarena. De regionale helseforetakene samarbeider med universiteter og høyskoler om behov for ulike utdanningstilbud.

Det er en utfordring å legge til rette for riktig antall praksisplasser i helseforetakene. Kunnskapsdepartementet fastsetter, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, aktivitetskrav for den enkelte høyskole hvor helseforetakene er en praksisarena. Helseforetakene arbeider med fagutvikling innenfor praksisfeltet, tilpasset de endringer som skjer i behandlingsformer og organisering.

For å møte nåværende og framtidige kompetansebehov skal helseforetakene bidra til videreutdanning og etterutdanning av personell. Flere helseforetak rapporterer at de arbeider med å utvikle kompetansestrategier, verktøy for kompetansekartlegging og etablering av kompetansenettverk for å kartlegge individuell kompetanse hos de ansatte i helseforetakene.

De regionale helseforetakene skal bidra til at det nasjonalt utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene, og bidra til god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger. Flere helseforetak har lagt spesiell vekt på å utdanne flere barne- og ungdomspsykiatere. Helse Nord RHF arbeider videre med å sikre tilstrekkelig medisinsk kompetanse innen små fagfelt og områder hvor det over lengre tid har vært svært vanskelig å få tilstrekkelig antall legespesialister. Regionale utdanningsprogrammer for legespesialister innen geriatri, revmatologi, fysikalsk medisin og rehabilitering er satt i gang.

Departementet fastsetter hvert år antall nye legestillinger i de regionale helseforetakene fordelt på henholdsvis spesialiststillinger og utdanningsstillinger. I løpet av 2007 har det vært en nedgang i antall ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten, særlig gjelder dette overlegestillinger. Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) skal til enhver tid ha oversikt over legenes stillingsstruktur. For å sikre kvaliteten på databasen skal Helsedirektoratet videreutvikle databasen og samordne denne med personalsystemet i de regionale helseforetakene.

Det er helseforetakenes ansvar å beholde, utvikle og rekruttere det personellet og den kompetansen de trenger for å ivareta sine oppgaver. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 stilles det krav om at helseforetakene skal bidra til å utdanne ulike helsepersonellgrupper for å sikre faglighet og kvalitet i tjenestene. Det er lagt særlig vekt på at helseforetakene gjennom samarbeid med fylkeskommunene skal etablere et tilstrekkelig antall læreplasser for den nye helsefagarbeiderutdanningen. Helse- og omsorgsmyndighetene og utdanningsmyndighetene har gått sammen med arbeidsgiverorganisasjonene KS, Spekter og HSH om Aksjon helsefagarbeider. Aksjonen har blant annet til hensikt å sikre et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsearbeiderfaget.

Samordning og samhandling

Selv om det pågår mange positive aktiviteter på samhandlingsområdet, registreres det lite framgang på viktige indikatorer som har relevans for samhandling. Dette gjelder f.eks. antall korridorpasienter, epikrisetid og pasienter som får utarbeidet individuell plan. Departementet vil arbeide videre for å få til en positiv utvikling for de målene som i dag brukes for å angi hvordan samhandlingen innen helsetjenesten fungerer. Helseforetakene har i henhold til oppdrag fra departementet arbeidet med å utvikle lokalsykehusfunksjonene og samhandling med primærhelsetjenesten. Det økende antallet syke eldre og kronisk syke har særlig behov for nært tilgjengelige og koordinerte tjenester.

For å sikre kontinuitet og systematikk i samhandlingen mellom tjenestenivåene ble det i juni i 2007 inngått en nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Hovedtyngden av arbeidet for bedret samhandling må skje i tjenesten, og arbeidet må forankres på alle nivå i kommunene og i helseforetakene. De regionale helseforetakene ble derfor bedt om å følge opp arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område. Arbeidet med å utvikle lokale avtaler og organisatoriske systemer i tilknytning til disse har fortsatt i alle regionale helseforetak.

Det meldes at arbeidet med å utvikle lokalsykehusfunksjonene og samhandling er fulgt opp i alle regionale helseforetak. Det er opprettet totalt 133 deltidstillinger som praksiskonsulenter per januar 2008, og det er planlagt etablert ytterligere 20 deltidstillinger innen psykisk helsevern.

Helse Nord RHF rapporterer at det er satt i gang prosess med å oppdatere samhandlingsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Det er opprettet samhandlingsenhet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. Lokalsykehusene i Nord-Norge har, i henhold til rapport fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 2008, økt aktivitet innen bl.a. indremedisinsk behandling, behandling av dialysepasienter,

cellegiftbehandling for kreftpasienter, dagkirurgi og polikliniske tjenester. Lokalsykehusene i denne regionen utfører over 70 pst. av arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Det er satt i verk arbeid med strategi for helhetlig utvikling av lokalsykehusfunksjonene.

I Helse Midt-Norge RHF er det etablert distriktsmedisinsk senter i Stjørdal, med drift av intermediærenhet og poliklinikk. Tilbudet ved Fosen distriktsmedisinske senter og Søbstad intermediæravdeling er evaluert, og viser færre reinnleggelser i sykehus sammenliknet med tilsvarende behandling ved sykehus. For pasienter med sykelig overvekt er det lagt opp til helhetlige pasientforløp som inkluderer samarbeid med kommunene for forebygging og oppfølging av behandling. Som ledd i Helse Midt-Norge RHF sin langsiktige strategi er det gjennomført prosjekt med fokus på oppgavedeling mellom sykehus.

Helse Vest RHF rapporterer at alle helseforetak har etablert ambulante team. Det er etablert tilbud for etterbehandling etter sykehusopphold i Stavanger (ved Stokka sykehjem) og i Bergen (Storetveit behandlingssykehjem). Tiltak for å styrke lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen ved de større sykehusene utvikles; bl.a. desentralisert dialyse og utvikling av akuttmedisinsk kjede i Helse Førde HF, telemedisinske løsninger og elektronisk meldingsutvikling i Helse Fonna HF og utvikling av nettverk for bedret behandlingstilbud for slagpasienter i Helse Bergen HF.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at sykehusenes tilbud videreutvikles innenfor rammen av overordnede samarbeidsorgan mellom helseforetakene og kommunene. Det er satt i gang prosjekter for å bedre tilbudet til eldre med kroniske og sammensatte tilstander, med f. eks. spesialiserte korttidsposter, felles drift av kommunale institusjonsavdelinger, ambulant virksomhet og rådgivning/kompetanseoverføring til kommunene. Lokalsykehusenes utvikling følges opp i Program for omstilling og i hovedstadsprosessen.

Organisatoriske krav og utvikling

Rapportering 2007

Som følge av at departementet har rettet oppmerksomheten mot sterkere nasjonal styring og samordning på tvers av regionene, avleverte de regionale helseforetakene i november 2007 en rapport fra et tverregionalt utredningsarbeid om samordning av stabs- og støttefunksjoner. Arbeidet videreføres i 2008 med mål om å lage en felles framdriftsplan for etablering av nasjonale fellesløsninger innenfor områdene HR/lønn, økonomi/regnskap og innkjøp. Arbeid ut fra krav i foretaksmøter om å etablere rutiner for håndtering av gaver, stiftelser, legater og fond startet opp i 2007 og endelig rapport blir avlagt felles fra de regionale helseforetakene i løpet av 2008. Det er arbeidet med standardisering innen IKT-området med sikte på økt bruk av samhandlingsløsninger. For 2008 er arbeidet intensivert og det skal gjennomføres et «nasjonalt meldingsløft» som omfatter en rekke regionale prosjekter.

Tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble f.o.m. 1. juni 2007 slått sammen til Helse Sør-Øst RHF, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007). Helse Sør-Øst RHF ble etablert med målsetning om å få til bedre samordning og ressursutnyttelse i den sammenslåtte regionen, og i hovedstadsområdet spesielt. Dette for å gi pasientene et godt og framtidsrettet behandlingstilbud gjennom bedre bruk av ressursene.

Status 2008

Nye styrever for de regionale helseforetakene ble utnevnt gjennom foretaksmøter i januar 2008. Nye styrever for lokale helseforetak ble utnevnt våren 2008. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er utnevnt blant folkevalgte kandidater som er foreslått av fylkeskommuner, Sametinget og kommuner.

Gjennom foretaksmøter for 2008 satte departementet krav til de regionale helseforetakene med hensyn til å følge opp regjeringens klimapolitikk. Det er satt i gang et nasjonalt arbeid ledet av Helse Vest RHF for å kartlegge og utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan helseforetakenes felles innkjøpsmakt kan bidra til en god nasjonal klimapolitikk innenfor regelverket for offentlige anskaffelser. Rapport fra arbeidet skal oversendes departementet i tredje tertial 2008.

Helse Sør-Øst RHF er nå i en prosess for å etablere en helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i regionen, også kalt hovedstadsprosessen. Forslaget ble sendt på høring i juni med høringsfrist i oktober 2008. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil etter planen ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i november 2008.

Departementet følger nøye med på hvordan Helse Sør-Øst RHF gjennomfører prosessen og har årvåkenhet for at tiltakene som velges har god forankring i helsepolitikken slik den er trukket opp av Storting, regjering og departement.

Departementet har i 2008 videreført og intensivert intensjonene fra 2007 om tettere oppfølging og styring av foretakene; fra departementets side overfor regionale helseforetak og ikke minst i styringsrelasjonen mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak. I foretaksmøter i januar 2008 kom dette til uttrykk gjennom detaljerte styringsbudskap og krav til rapportering bl.a. knyttet til risikostyring og intern kontroll, kontroll med bemanningsutviklingen og kontroll med omstillingstiltak. Dette er nærmere omtalt under avsnittet om økonomi.

Økonomi

Rapportering 2007

I tråd med St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det for 2007 stilt krav om et samlet maksimalt regnskapsmessig underskudd for de regionale helseforetakene på 1,4 mrd. kroner. I foretaksmøter ble dette kravet fordelt og konkretisert til den enkelte helseregion. I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (2006–2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006–2007), ble det bevilget til sammen 700 mill. kroner til styrking av de regionale helseforetakenes økonomi. Bevilgningen skulle gi de regionale helseforetakene noe bedre tid til å gjennomføre nødvendige effektiviseringstiltak og sikre pasientbehandlingen. Bevilgningen ble fordelt med 275 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF, 225 mill. kroner til Helse Nord RHF, 100 mill. kroner til Helse Vest RHF og 100 mill. kroner til den sammenslåtte regionen Helse Sør-Øst RHF.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at man kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det er ikke akseptabelt med vedvarende underskudd. Departementet har gjennom årene engasjert seg stadig sterkere i den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene, og som et ledd i dette arbeidet er det tatt initiativ til ytterligere standardisering og harmonisering av bl.a. rapportering. Formålet er i større grad å kunne frambringe sammenliknbare størrelser og å bidra til bedre styringsinformasjon. Fra og med 2007 ble det innført et utvidet månedlig rapporteringsopplegg der økonomi, bemanning, omstilling, aktivitet og enkelte indikatorer for kvaliteten i tjeneste kan sees i sammenheng. På bakgrunn av rapporteringen har departementet fulgt opp utviklingen gjennom månedlige oppfølgingsmøter med hvert enkelt regionalt foretak. Begrensede revisjoner er foretatt i tråd med vedtakene i foretaksmøtene i januar 2007 hos de helseforetakene som i 2006 hadde vesentlige avvik sammenliknet med resultatkravet i Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

Som følge av implementering av ny veileder for fastsettelse av økonomiske forutsetninger ved beregning av ytelsesbaserte pensjonsordninger, økte pensjonskostnadene i de regionale helseforetakene med om lag 3,26 mrd. kroner i 2007. I omtalen av pensjonskostnader i St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det varslet at dette ville kunne ha stor innvirkning på de regionale helseforetakenes årlige pensjonskostnader. Regjeringen varslet videre at den ville komme tilbake til håndteringen av eventuelle større avvik som måtte oppstå som følge av disse svingningene. Kostnadsøkningen for 2007 ble unntatt fra resultatkravet gjennom Stortingets vedtak ved behandling av St.prp. nr. 10 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 116 (2006–2007). Effekten på styringskravet for 2007 ble formidlet til de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøter i januar 2008. Årsregnskapene ble endelig behandlet i foretaksmøter våren 2008.

Resultater 2007

Tabell 5.2 viser at samlet for de regionale helseforetakene var det i 2007 et negativt avvik fra resultatkravet på 1450 mill. kroner, der økte pensjonskostnader på 3260 mill. kroner er unntatt. Dette er en forbedring på i overkant av 400 mill. kroner sammenliknet med 2006, men en svekkelse på 300 mill. kroner dersom en tar hensyn til 700 mill. kroner som Stortinget bevilget ved behandling av St.prp. nr. 44 (2006–2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006–2007).

Av underskuddet i 2007 kan om lag 107 mill. kroner forklares med nedskrivning av eiendeler. I 2006 ble eiendeler nedskrevet med 280 mill. kroner. Nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. I 2007 ble det også inntektsført netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 90 mill. kroner, mens tilsvarende gevinst var om lag 66 mill. kroner i 2006. I vurderingen av resultatet er det tatt hensyn til disse effektene.

Tabell 5.2 Resultatkrav og resultat 2007

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Opprinnelig resultatkrav for 2007	-880	-300	-85	-135	-1 400
Unntak for økte pensjonskostnader 2007	-1 895	-575	-465	-325	-3 260
Samlet resultatkrav 2007	-2 775	-875	-550	-460	-4 660
Årsregnskap 2007	-3 862	-965	-560	-723	-6 110
Differanse	-1 087	-90	-10	-263	-1 450

I 2007 utgjorde underskuddet om lag 2,6 pst. av driftsinntektene i Helse Nord RHF, 2,3 pst. i Helse Sør-Øst RHF, 0,6 pst i Helse Vest RHF og 0,1 pst. i Helse Midt-Norge RHF. I tabell 5.3 er utviklingen i korrigert årsresultat oppsummert for perioden 2002 til 2007.

Tabell 5.3 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2007 ^{1, 2}

(mill. kr.)	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1 973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1 925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-15	-307		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	153	-2 795	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
Akkumulert			-3 729	-2 045	-2 228	-1 418	-9 419

¹ For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt for balansekravet.

² For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

For de regionale helseforetakene samlet sett var det en sterk vekst i underskuddene fra 2002 til 2003, mens foretakene i 2004 klarte å stabilisere den negative resultatutviklingen og forbedre resultatet noe. I 2005 ble underskuddet ytterligere redusert, mens det samlede underskuddet igjen økte i 2006.

Helse Midt-Norge RHF har i 2007 snudd den negative utviklingen regionen var inne i tidligere år og har gjennomført styringsgrep som har gitt økonomisk balanse. Regionen har likevel behov for å videreføre arbeidet med kostnadskontroll og omstilling og står overfor ytterligere utfordringer ved slutføring av fase 2 av Nye St. Olavs Hospital.

Helse Nord RHF har ikke klart å snu den negative økonomiske utviklingen, og årsresultatet for 2007 er ikke nevneverdig forbedret sammenliknet med resultatet for 2006 når en tar hensyn til tilleggsbevilgningen på 225 mill. kroner. Departementet ser alvorlig på at denne negative trenden og vurderer at det er behov for ytterligere grep for å oppnå kostnadskontroll og en bedre oppfølging av omstillingstiltak for å sikre at identifiserte tiltak blir gjennomført.

I Helse Vest RHF er det økonomiske resultatet for 2007 vesentlig bedre enn tidligere år, men det er ikke oppnådd økonomisk balanse. Departementet er likevel tilfreds med at regionen i styringen med helseforetakene i regionen har utviklet gode rutiner for økonomisk oppfølging og at Helse Vest RHF arbeider aktivt for å sikre kontroll og oppfølging i hele organisasjonen.

Det økonomiske resultatet i Helse Sør-Øst RHF utgjør 75 pst. av det samlede underskuddet i 2007. Departementet vil understreke viktigheten at man også i omstillingsperioder har ledelsesmessig oppmerksomhet på god økonomisk styring og kontroll. Store deler av den manglende resultatoppnåelsen meldte regionen først mot slutten av 2007, noe en må unngå i framtidig rapportering.

Om resultatmåling og akkumulerte resultater

Fram til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene: regnskapsmessig årsresultat, slik det går fram av de revisorattesterte regnskapene, og korrigert årsresultat, som er det resultatmålet eier har stilt økonomiske krav i forhold til.

Med korrigert årsresultat menes regnskapsmessig årsresultat korrigert for avskrivningskostnader som ikke inngår i balansekravet jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004), der det er angitt at et ev. underskudd som følge av nivå på vedsettingen og levetider på anleggsmidler ikke vil påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. også Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Korrigert årsresultat vil derfor vise et bedre resultat enn regnskapsmessig årsresultat fordi det bygger på andre avskrivningsforutsetninger.

I tillegg ble økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger (herunder særlig endrede anslag for lønnsvekst og rentenivå) holdt utenfor resultatmålet i 2006. Samlet for de regionale helseforetakene utgjorde dette om lag 1 mrd. kroner i økte pensjonskostnader. Stortinget ble informert om dette i St.prp. nr. 39 (2005–2006), jf. Innst. S. nr. 121 (2005–2006). I tabellene er resultatet for 2006 også justert for dette. I 2007 ble det gjennom St.prp. nr. 1 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) etablert et resultatkrav på et maksimalt regnskapsmessig underskudd på 1,4 mrd. kroner.

I perioden 2002–2007 har det samlede korrigerte regnskapsmessige årsresultatet vært 9,4 mrd. kroner. I samme periode har de regionale helseforetakene hatt et samlet regnskapsmessig årsresultat på minus 23,9 mrd. kroner. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger høyere enn bevilgning til gjenanskaffelse av bygg og utstyr og unntak for økte pensjonskostnader, jf. omtalen over.

Tabell 5.4 Akkumulert underskudd per 31. desember 2007

Akkumulert underskudd sammenliknet med resultatkrav	9,4 mrd. kr
Korrigeringer og unntak fra balansekrav pga. manglende bevilgninger til avskrivninger	10,3 mrd. kr
Unntak fra resultatkrav pga økte pensjonskostnader	4,2 mrd. kr
Akkumulert regnskapsmessig underskudd	23,9 mrd. kr

Investeringer 2007

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer er lagt inn som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd.

Foretakenes årlige investeringer vil variere, i takt med hvilke utbygginger som pågår. Investeringsstakten de senere år har vært høy, først og fremst som følge av investeringsbeslutninger ved inngangen til reformen.

De regionale helseforetakene har totalt investert for om lag 8,6 mrd. kroner i 2007. Av dette er om lag 685 mill. kroner medgått til gjennomføring av prosjekter over Opptrappingsplanen for psykisk helse. Aktivitetsnivået er høyt, blant annet som følge av utbygging av Nye Ahus og St. Olavs Hospital, hvor det til sammen ble investert for 3,3 mrd. kroner i 2007.

De regionale helseforetakene har ikke adgang til å ta opp langsiktige lån i det private markedet. All langsiktig gjeld knyttet til investeringer skjer dermed med bakgrunn i årlige lånebevilgninger som fastsettes av Stortinget. Departementet fordeler Stortingets fastsatte lånebevilgning til de regionale helseforetak på bakgrunn av framdrift og likviditetsbehov i vedtatte investeringsprosjekter som gis lånefinansiering.

Totalt ble det tatt opp 2,4 mrd. kroner i investeringslån i 2007, jf. omtale under kap. 732, post 82. Utbetalingen av det særskilte investeringstilskuddet, jf. kap. 732, post 81 på om lag 1,4 mrd. kroner, ble også brukt som delfinansiering av St. Olavs, Nye Ahus og Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet, sammen med tilskudd fra Kunnskapsdepartementet til universitets- og høyskolearealene ved St. Olavs Hospital.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg- og utstyr framkommer som avskrivninger i foretakenes regnskaper og reflekterer tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være på nivå med de årlige avskrivningene.

Selv om investeringsaktiviteten har vært høy i 2007 er samlet kapitalnivå, målt ved netto avskrivningskostnader, relativt konstant og utgjør om lag 5,1 mrd. kroner. Nivået på avskrivningskostnadene vil øke etter hvert som de store pågående utbyggingsprosjektene tas i bruk.

Nærmere om gjeldssituasjonen ved utgangen av 2007

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at gjeldssituasjonen i de regionale helseforetakene er håndterbar, men det er avgjørende at det oppnås regnskapsmessig balanse slik at det ikke akkumuleres ytterligere kortsiktig gjeld (driftskreditt). De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for både investeringer og drift. Investeringer i bygg og utstyr må derfor tilpasses den langsiktige økonomiske bæreevnen til den enkelte region.

Tabell 5.5 Kortsiktig og langsiktig gjeld per 31. desember 2007

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Totalt
Samlet langsiktig gjeld til Helse- og	6 692	2 071	2 186	1 196	12 146

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Totalt
omsorgsdepartementet					
Benyttet driftskreditt	2 496	1 312	1 594	398	5 800

De regionale helseforetakene har i perioden 2002–2007 investert for om lag 42 mrd. kroner. Av dette beløpet er 12,1 mrd. kroner finansiert ved langsiktige investeringslån.

Utover den langsiktige gjelden har også de regionale helseforetakene kortsiktig gjeld (driftskreditt) hos sin private bankforbindelse. Stortinget fastsetter den øvre rammen for hvor store driftskredittrammer de regionale helseforetakene kan ha. Ved utgangen av 2007 utgjorde denne øvre rammen 6,5 mrd. kroner. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. Benyttet driftskreditt utgjorde 5,8 mrd. kroner per 31. desember 2007.

Den kortsiktige gjelden skyldes flere forhold. De fleste regionale helseforetak har hatt vedvarende store underskudd i perioden. I tillegg har de hatt utbetalinger som har oversteget de regnskapsførte kostnadene på grunn av at pensjonspremiene har vært betydelig høyere enn de regnskapsførte pensjonskostnadene i perioden. En av årsakene til at den kortsiktige gjelden er lavere enn akkumulert regnskapsmessig underskudd er at de regionale helseforetakene har brukt av sin likviditet (bankinnskudd mv.). Dette handlingsrommet er nå betydelig redusert, noe som har ført til en sterk økning i driftskreditter i 2007. Det er derfor avgjørende at helseforetakene kommer i balanse slik at den kortsiktige gjelden ikke øker ytterligere.

Status 2008

Tabell 5.6 Prognose for avvik mellom årets resultatkrav og estimert årsresultat 2008

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Estimert avvik mot resultatkrav	-500 til - 600	0 til - 200	50 til -50	-200 til - 220	-650 til - 1 070

Det er i 2008 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal ha et resultat i balanse, korrigert for pensjonskostnader på totalt 600 mill. kroner, jf. omtalen nedenfor.

I forhold til eiers resultatkrav for 2008 viser de regionale helseforetakenes prognoser et samlet underskudd på i størrelsesorden 900 mill. kroner. Det presiseres at disse tallstørrelsene er å anse som anslag og de er følgelig beheftet med usikkerhet. De regionale helseforetakene har i sin rapportering angitt intervaller som oppsummert gir et intervall for resultatavvik fra minus 650 til minus 1070 mill. kroner. Prognosene for det enkelte regionale foretak går fram av tabell 5.6. Kostnadsbildet i inneværende år er også påvirket av at lønnsoppgjøret ble dyrere enn forutsatt. Departementet ser meget alvorlig på den økonomiske situasjonen og har en tett og løpende oppfølging av de regionale foretakene.

Som vist i tabell 5.6 er det særlig Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF som står overfor store utfordringer med hensyn til å nå kravene for 2008. I forhold til disse regionenes størrelse utgjør det antatte underskuddet i Helse Nord RHF om lag 1,8 pst. av inntektsnivået, mens det antatte underskuddet i Helse Sør-Øst RHF utgjør 1,0–1,2 pst. av inntektsnivået. Det anslåtte underskuddet i Helse Sør-Øst RHF må også sees i sammenheng med de omstillingsprosessene regionen er inne i som følge av fjorårets sammenslåing og det omfattende arbeidet som nå gjøres i forbindelse med hovedstadsprosessen.

Helse Vest RHF vurderer det som mest sannsynlig at resultatet for 2008 blir i størrelsesorden 0 til minus 100 mill. kroner (utgjør 0,6 pst. av inntektsbudsjettet), men har et verstefalls-anslag for resultatavvik på opp mot minus 200 mill. kroner.

Helse Midt-Norge RHF leverte i 2007 et årsresultat i tråd med styringskravet og hadde således et godt utgangspunkt for å kunne vise til gode økonomiske resultater også i 2008. Hittil i år har regionen et positivt avvik sammenliknet med budsjett, og regionen anser det som sannsynlig at styringskravet vil kunne nås i 2008.

Det gjennomføres kontinuerlig omstillings- og effektiviseringsarbeid innenfor helseforetakene. Blant annet er det etablert dialogmøter mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak der formålet er å få bedre styringsinformasjon, større forutsigbarhet, fokus på resultatkrav 2008 og tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen. Det arbeides også med videreutvikling av regionenes gjennomgående styringssystem, både i forhold til utvikling av nye indikatorer og når det gjelder samordning i forhold til en helhetlig rapporteringsstrategi. Flere helseforetak har i tillegg etablert egne analyseteam som fokuserer på risikovurdering og omstillingstiltak i hele foretaket.

Investeringsaktiviteten er høy også i 2008 og gjelder i hovedsak videreføring av vedtatte større investeringer, samt fornyelse av utstyr, IKT mv. Samlet er det planlagt investert for om lag 8,2 mrd. kroner, hvor 1,77 mrd. kroner finansieres gjennom låneopptak. Hoveddelen av nye Ahus er planlagt ferdigstilt og tatt i bruk i oktober 2008.

Resultatkrav for 2008

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble stilt krav om at alle regioner skulle gå i balanse i 2008, gitt økningen til gjenanskaffelse og fornyelse av bygg og utstyr. Samtidig ble økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere unntatt fra resultatkravet til de regionale helseforetakene. Disse resultatkravene ble fastsatt i foretaksmøter i januar 2008. Det ble også varslet at regjeringen ville komme tilbake til håndtering av de pensjonskostnadene som oppstår som følge av disse endrede økonomiske forutsetninger. Gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), ble det bevilget til sammen 3200 mill. kroner til dekning av økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 320 mill. kroner til dekning av pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak. Bevilgningen på til sammen 3520 mill. kroner innebar at pensjonskostnadene som allerede var unntatt fra resultatkravet til de regionale helseforetakene ble redusert med 3200 mill. kroner, fra 3800 mill. kroner til 600 mill. kroner. De nye resultatkravene ble presisert i foretaksmøter med de regionale helseforetakene i juni 2008.

Økonomiske krav 2009

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å legge til rette for riktige faglige prioriteringer og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Aktivitetsnivået i de regionale helseforetakene må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Resultatkrav 2009

Det stilles krav om at alle regionale helseforetak skal gå i regnskapsmessig balanse i 2009. Til tross for at de regionale helseforetakene er pålagt å styre mot balanse, ligger det likevel an til et avvik mot styringskravet på i størrelsesorden 900 mill. kroner i 2008. Et krav om balanse i 2009 vil derfor kunne innebære til dels store omstillinger der hele bredden av helseforetakenes virksomhet kan bli berørt. Dette må gjøres innenfor rammene gitt av helseforetakenes «sørge-for»-ansvar og styringskrav gitt av departementet i oppdragsdokument og foretaksmøter. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Departementets prioriterte områder i 2009

Samhandling og forebygging

Arbeidet for å skape koordinerte og helhetlige tjenester for pasientene skal intensiveres, jf. arbeidet med en samhandlingsreform. Det vises til omtale i del III om Nasjonal helseplan. Samlet foreslås det satt av 95 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2009. Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 er kapasiteten innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten økt og modernisert. For å bidra til økt samhandling mellom kommunene og distriktpsikiatriske sentre, foreslås det omdisponert 50 mill. kroner i 2009. I tillegg foreslås 5 mill. kroner til samhandlingsprosjekter under Opptappingsplanen for rusfeltet.

Kvalitet

De regionale helseforetakene skal tilby befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Vi har en god helsetjeneste i Norge og pasienterfaringsundersøkelser viser at det store flertall av pasientene er fornøyde. Likevel bidrar stadig ny kunnskap og nye metoder, samt økende etterspørsel og forventninger fra befolkningen til at kvalitetsforbedring må være en kontinuerlig prosess i helsetjenesten.

Det er dokumentert at det i bl.a. kreftkirurgien er utviklet behandlingsmetoder som gir bedre overlevelse og behandlingsresultater dersom de samles i færre enheter. Dette er i tråd med anbefalingene i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. OECD sin rapport Health at a Glance 2007 viser at Norge har et potensial for å bedre kvaliteten innen kreftbehandling. Helsedirektoratets rapport Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002–2007 viser at enkelte former for kreftbehandling utføres på for mange sykehus i Norge. For å oppnå pasientbehandling med best mulig kvalitet og sikkerhet for pasientene, legges det opp til en sterkere spesialisering av kreftkirurgien i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Helsedirektoratet vil i løpet av høsten 2008 gi en anbefaling om behandlingsvolum, samt faglige og organisatoriske krav til sykehus som skal kunne tilby kirurgisk behandling av aktuelle kreftformer.

Helsetilsynet gjennomførte i 2007 landsomfattende tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i spesialisthelsetjenesten. Totalbildet viste at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i disse akuttmottakene. Etter Helsetilsynets vurdering gir dette til tider uforsvarlig pasientbehandling.

Foretaksmøter med de regionale helseforetakene i mars 2008 la til grunn at de regionale helseforetakene må sikre at ledelsen ved helseforetakene setter i verk systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene. Dette arbeidet må videreføres og gis nødvendig prioritet i 2009.

Det er viktig at de regionale helseforetakene i 2009 viderefører påbegynt arbeid innenfor nasjonale medisinske kvalitetsregistre, pasientsikkerhet, utvikling av og implementering av nasjonale faglige retningslinjer, utvikling og bruk av Helsebiblioteket, brukermedvirkning og kartlegging av brukererfaringer. Videre skal de regionale helseforetakene bidra til større åpenhet og lettere tilgang til informasjon om tjenestene ved bl.a. utvikling og bruk av indikatorer. For at brukere, fagpersoner og ledere innenfor helsetjenesten skal ha den ønskede nytten av indikatorer, må de regionale helseforetakene vektlegge gode rapporteringsrutiner og rutiner for å sikre god datakvalitet samt at resultatene brukes aktivt av ledelse og fagmiljø. For nærmere omtale av nasjonale medisinske kvalitetsregistre vises det til kap. 732, post 70.

Internasjonale studier tyder på at rundt 10 pst. av alle innleggelser i sykehus resulterer i en uønsket hendelse. De langt fleste av hendelsene er forårsaket av svikt i systemet. Anslag tyder på at minst halvparten av denne typen svikt kunne vært forebygget. Gode system for rapportering og håndtering av uønskede hendelser og nestenhendelser er viktig for at foretakene gjennom sin internkontroll skal fange opp hendelsene og lære av dem slik at det ikke skjer igjen. Det er etablert en Nasjonal enhet for pasientsikkerhet med formål å understøtte helsetjenestens arbeid på pasientsikkerhetsområdet.

Kliniske etikk-komiteer skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger. Komiteene skal fortsatt sikres nødvendige rammer og ressurser.

Prioritering

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker bl.a. på grunn av økt befolkning, endret alderssammensetning og medisinsk-teknologiske utvikling. Det foreslås bevilget 1026 mill. kroner til å øke pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra det aktivitetsnivået som nå anslås for 2008 basert på aktivitets- og regnskapstall for første tertial og juni 2008. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykiatri og rus). Det vil fortsatt være et krav til de regionale helseforetakene at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn innen somatikk. Det er nå behov for å presisere at det innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et særlig behov for økt kapasitet.

Opptappingsplan på rusfeltet ble vedtatt i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Dette er en plan for perioden 2006–2010. Planen har fem hovedsatsingsområder:

- tydelig folkehelseperspektiv,
- bedre kvalitet og økt kompetanse,
- mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering,
- forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse og
- bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

Forslaget om en generell aktivitetsvekst på 1,5 pst. til de regionale helseforetakene i 2009 omfatter også rusbehandling. I tillegg foreslås det 120 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert behandling og 35 mill. kroner til LAR, hvor av 28 mill. kroner vil bli tildelt over ulike poster på kap. 732. Disse midlene vil bidra til å styrke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling og LAR og samtidig også heve kvaliteten på disse tjenestene. Rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som i særlig grad har behov for sammensatte og tilrettelagte tjenester. Det er først når samhandlingen mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer optimalt at man får de beste tjenestene til best nytte for den enkelte pasient. I tillegg vil økt brukerinnflytelse og brukermedvirkning være av høy prioritet. Det vises til kap. 718 og kap. 726, post 70 for omtale av rusfeltet og Opptrappingsplan på dette området.

Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. I 2009 vil krav til aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern være ivarettatt gjennom forslaget om en generell aktivitetsvekst på 1,5 pst. til de regionale helseforetakene. At Opptrappingsplanen avsluttes etter 2008 innebærer at øremerkede tilskudd til drift og investeringer til psykisk helsevern til de regionale helseforetakene i hovedsak skal innlemmes i basisbevilgningene. Øremerkingen, som har vært et viktig virkemiddel for å realisere målene i opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008), faller bort. Det er gjennom planen investert for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av perioden (tilsvarer 8,8 mrd. 2008-kroner). Driftsutgiftene er økt gradvis til et nivå som reelt ligger 6,1 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998 målt i 2008-kroner. Det vises til kap. 743 for nærmere omtale av status for Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Målet om et helhetlig helsetjenestetilbud som gir bedre helse, medvirkning og mestring til den enkelte bruker krever at habilitering og rehabilitering vektlegges sterkere også i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringsrettede tiltak må styrkes i omfang og kvalitet, og det må settes inn tilstrekkelige ressurser på området slik at det etableres en riktig kapasitet for tjenestene. I stor grad dreier dette seg om at habilitering og rehabilitering blir høyere prioritert innad i de ulike virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Nær samhandling mellom enhetene i spesialisthelsetjenesten, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom utdannings-, arbeids- og velferdsetatene er helt avgjørende for at pasienten kan gjennomføre en vellykket rehabiliteringsprosess ved sykdom eller funksjonshemming.

I arbeidet med kvalitet og prioritering er det en utfordring å finne en god balanse mellom hensynet til helhetlig styring og lokal frihet. Nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye medikamenter utvikles kontinuerlig. Helsetjenestene skal tilby nye typer behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og den står i et rimelig forhold til kostnadene. Det er en utfordring å gjøre riktige avveininger mellom den behandling pasienten ønsker og det som er medisinskfaglig forsvarlig og samfunnsøkonomisk fornuftig. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble bl.a. på denne bakgrunn opprettet i 2007. Rådet har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal videreføre sitt arbeid med å sikre at prioriteringsforskriften følges opp og dermed sikre riktigere prioritering mellom og innenfor pasientgrupper. Selv om ulikheten i andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp er blitt mindre, er forskjellene fortsatt for store mellom helseregionene (fra 52 pst. i Helse Nord RHF til 85 pst. i Helse Midt-Norge RHF). Når de nasjonale veilederne fra prosjektet Riktigere prioritering foreligger, blir det viktig at disse tas i bruk.

Forskning og nyskaping

Forskning gir kunnskap om effekter av eksisterende og ny behandling. Forskning er derfor viktig for at tjenestetilbudet skal være av høy kvalitet og for å kunne foreta riktige prioriteringer. Implementering av nye løsninger innen bl.a. IKT og medisinsk teknologi kan bidra til økt kvalitet, bedre samhandling og en mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Departementet vil derfor prioritere et fortsatt strategisk fokus på forskning og innovasjon i helseforetakene i tråd med nasjonale målsettinger, herunder forskning på kunnskapssvake fagområder.

Prioriterte områder i eierstyringen 2009

Helseforetakene har fortsatt utfordringer med å ivareta gode pasienttilbud til befolkningen parallelt med behovet for å drive virksomhetene innenfor gjeldende ressursrammer. Behovet for økonomisk kontroll i spesialisthelsetjenesten vil også i 2009 være et prioritert område i eierstyringen av de regionale helseforetakene. Dette er svært viktig både av hensyn til effektiv bruk av de store ressursene som årlig bevilges til sektoren, og for at helseforetakene fortsatt skal kunne yte og videreutvikle gode tjenestetilbud til pasientene. Dette fordrer igjen tydelig eierstyring og oppfølging fra departementet overfor de regionale helseforetakene. Likeså legges det til grunn at regionale helseforetak har gode styrings- og oppfølgingsopplegg overfor sine underliggende helseforetak som sikrer at kravene som blir stilt til virksomhetene blir fulgt opp og innfris. Et annet og fortsatt prioritert område også i 2009, vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er påkrevd for å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Oppfølging av samordningsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF er et område som også vil ha stor oppmerksomhet i 2009 både når det gjelder hvordan Helse Sør-Øst RHF gjennomfører prosessen og for å se til at tiltakene som velges har god forankring i helsepolitikken slik den er trukket opp av Stortinget, regjeringen og departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2008 satt i gang et arbeid for å vurdere utviklings- og forbedringstiltak innenfor helseforetaksmodellen. Innføring av helseforetaksmodellen var i stor grad en ansvarsreform der to forhold var sentrale: Bedre og systematisk nasjonal styring av sykehusene, og myndiggjøring av den utøvende helsetjenesten (helseforetakene/sykehusene). Vurderingen så langt er at det i regi av de regionale helseforetakene og helseforetakene har skjedd en betydelig utvikling i årene som har gått siden 2002. Det er etablert en organisatorisk struktur som på en god måte tar opp i seg hovedformålene bak reformen og som legger godt til rette for videre utviklingsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføre arbeidet i 2009, med vekt på dialog mellom departementet, foretak og involverte aktørgrupper med sikte på å vurdere så vel juridiske som styringsmessige utviklingstiltak, med særlig vekt på nasjonal styring og samordning innenfor helseforetaksmodellen.

Andre saker

Organdonasjon og transplantasjoner

Flere mennesker som trenger det skal få tilbud om en livreddende transplantasjon. Regjeringens mål er å øke antall donasjoner fra avdøde til 30 per million innbyggere årlig slik at flere skal få tilbud om en livreddende transplantasjon. Etiske hensyn tilsier at det ikke angis konkret når målet skal realiseres. Andelen levende givere av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på en 40 pst. andel av alle nyretransplantasjoner i årene framover.

I første halvår 2008 ble det transplantert 249 organer til 224 pasienter ved Rikshospitalet. I samme periode i 2007 ble det transplantert 219 organer til 199 pasienter. Hovedårsaken til den økte aktiviteten

er at det ble meldt inn flere potensielle donorer fra landets donorsykehus. Det ble i første halvår 2008 registrert 128 potensielle donorer, hvor 52 resulterte i donasjon. I samme periode i 2007 ble det meldt inn 110 potensielle donorer og 48 resulterte i donasjon. Dette tilsvarer 22 donasjoner per million innbyggere på årsbasis.

Regjeringen innførte fra 2008 en tilleggsrefusjon for organdonasjon i ISF-ordningen. I tillegg er det satt ytterligere fokus på organdonasjon i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon. Disse tiltakene har sammen gjort at det har blitt meldt inn flere potensielle donorer enn tidligere. Ventelistene til transplantasjoner har også gått ned.

Våren 2008 la en departementsforankret arbeidsgruppe fram en rapport med anbefalinger til hvordan organdonasjon og transplantasjoner bør organiseres framover. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp rapportens anbefalinger med vekt på å styrke nasjonal koordinering av organdonasjon og å opprette og ha sekretariatsfunksjon for et nasjonalt fagråd for organdonasjon og transplantasjon. Det skal også utarbeides en handlingsplan for kronisk nyresykdom med vekt på forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag å vurdere faglige, organisatoriske og driftsmessige aspekter ved en økning av transplantasjonskapasiteten ved Rikshospitalet HF til regjeringens mål om 30 donasjoner per million innbyggere.

Sykehusbarnehager

Stortinget sluttet seg i 2007 til regjeringens holdning til situasjonen i barnehagene, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007), jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet og St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Kunnskapsdepartementet. Dette innebar at de aktuelle kommuner og helseforetak ut fra lokale behov finner løsninger som opprettholder nødvendige barnehageplasser. Helseforetakene ønsker i noen tilfeller å redusere eller legge ned driften av sykehusbarnehagene fordi dette ikke er en del av kjernevirksomheten.

Regjeringen har foreslått en endring i finansieringsordningen for ikke-kommunale barnehager som følge av innlemming av barnehagetilskudd i rammetilskuddet til kommunene, jf. Ot.prp. nr. 57 (2007–2008). En ny finansieringsordning vil gjelde for alle barnehagene fra 2011, inkludert sykehusbarnehagene. Inntil innlemming av barnehagetilskudd blir innført legger regjeringen vekt på at det er viktig at helseforetakene og kommunene finner fram til lokale løsninger som gjør at antall barnehageplasser ikke reduseres i kommuner der de trengs for å nå full barnehagedekning. Det er også viktig for at kommunene skal kunne oppfylle lovfestet rett til barnehageplass, som etter planen vil tre i kraft fra 2009.

Oppheving av klausul på eiendom tilhørende Sørlandet sykehus HF

I forbindelse med eiendomssalg ved Sørlandet sykehus HF ble det bedt om foretaksmøtets samtykke til å selge 6000 kvm av hovedeiendommen ved Sørlandet sykehus HF – Kristiansand til Kristiansand kommune. Skjøtet på den aktuelle eiendommen har en klausul som begrenser myndigheten til å beslutte avhending eller formålsendringer:

«Ingen del av eiendommen må avstås eller nyttes til annet formål enn drift av psykiatrisk sykehus uten Stortingets samtykke eller Sosialdepartementets samtykke i henhold til bemyndigelse gitt ved Sttingsvedtak av 6. juni 1964, jf. Innst. S. nr. 238 (1963–64) og St.prp. nr. 113 (1963–1964).»

Klausulen ble utarbeidet i forbindelse med at eiendommen ble overdratt til fylkeskommunene Aust-Agder og Vest-Agder i 1961 og den ble endret i 1964 til ovenstående. Eierskapet er nå hos det statlige helseforetaket som også har ansvar for å ivareta det formålet som virksomheten dekker. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor å oppheve de begrensningene som er lagt på skjøtet, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 4.

Oppfølging av anmodningsvedtak

Stortinget fattet 12. juni 2001 anmodningsvedtak nr. 573 (2000–2001):

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/ supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementet og ulike redningsaksjoner.»

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å nedsette en arbeidsgruppe som skal gjennomgå og utrede hvilken framtidig rolle og ansvar de frivillige organisasjonene skal ha i ambulansetjenesten og som førstehjelpere, samt hvordan samarbeidet med den øvrige helsetjenesten skal innrettes. Arbeidsgruppen forventes å levere sin rapport i tredje tertial 2008.

Stortinget fattet 6. desember 2006 anmodningsvedtak nr. 125 (2006–2007):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på en egnet måte.»

Høringsnotat med forslag til lov- og forskriftsendringer som styrker barnas rettsstilling er sendt på høring 22. april 2008, med høringsfrist 22. august 2008. En odelstingsproposisjon vil ev. kunne fremmes våren 2009.

Stortinget fattet 19. juni 2008 anmodningsvedtak nr. 614:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning.»

Odelstingetsvedtak 11. juni 2008 om lov om endringer i ekteskapsloven, barnelova, adopsjonsloven, bioteknologiloven mv. (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par) ble stadfestet av Lagtinget 17. juni 2008. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2009. Lovendringene i bioteknologiloven åpner for å tilby assistert befruktning til lesbiske par som er gift eller samboere i ekteskapsliknende forhold på lik linje med heterofile par. Det skal ikke gjøres forskjell på lesbiske og heterofile par. Alle par som søker assistert befruktning skal vurderes og prioriteres etter de samme kriterier. Det er ikke vedtatt noen lovbestemt reservasjonsrett for helsepersonell. Ansvar for å tilby assistert befruktning i henhold til bestemmelsene i bioteknologiloven påligger de regionale helseforetakene. Dette innebærer bl.a. at de regionale helseforetakene må planlegge og organisere sitt tilbud om assistert befruktning slik at det ikke gjøres forskjell på lesbiske og heterofile par. Innenfor disse rammer vil departementet før loven trer i kraft be om at de regionale helseforetakene organiserer og tilrettelegger sitt tilbud om assistert befruktning slik at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, i enkelttilfeller kan fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning.

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningsforslaget på 8,1 mill. kroner i 2009.

Følgeevaluering av ny inntektsfordeling for regionale helseforetak

Det vises til regjeringens forslag til oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling, jf. NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Utvalget hadde flere forslag til forhold som krever videre utredning. Departementet vil sette i gang en «følge med»-evaluering i forbindelse med gjennomføringen av ny inntektsfordeling. Det foreslås at det flyttes 4 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732, postene 72–75) til denne posten. Midlene disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har etter anbudskonkurranse inngått kontrakt med Nifu Step for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene for perioden 2008–2010. Målesystemet ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Kunnskapsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Nifu Step som skal vurdere mulighetene for å etablere en felles database for registrering vitenskapelig publisering i Norge. Dette vil kunne bidra til bedre kvalitetssikring og økt samordning av sektortilpassede målesystemer for forskning.

Det er fra 2007 etablert et permanent nasjonalt rapporteringssystem for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har i samråd med Kunnskapsdepartementet gitt Norges forskningsråd i oppdrag å sikre videreutvikling og samordning av systemet for måling av forskningsressurser i helseforetakene med eksisterende system for måling av nasjonal ressursbruk til FoU i regi av Nifu Step. Dette vil sikre en enhetlig nasjonal forskningsstatistikk og redusert rapporteringsbyrde for de regionale helseforetakene. Samordningen vil innebære at måling av forskning i helseforetakene tilfredsstiller rapporteringskrav til OECD og fra 2008 videreutvikles til også å omfatte utviklingsarbeid i helseforetakene.

Landsverneplan for kulturhistoriske eiendommer

Det foreslås å avsette midler til slutføring av det igangsatte arbeidet med landsverneplanen for helsesektoren i 2009. Prosjektet har vist at det er behov for noen supplerende prosesser med Riksantikvaren og enkelte helseforetak i forhold til enkelte verneobjekter, bl.a. i påvente av hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetak skjer på postene 72 til 75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post, post 70. Som en oppfølging av regjeringens forslag til fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetak, foreslås det å flytte tilskudd til opptreningsinstitusjoner, pasienttransport, medisinerstudenter, Modum Bad og Viken senter til postene 72 til 75.

Bevilgningsforslaget under post 70 på 619,2 mill. kroner dekker i 2009 tilskudd til formål som går fram av tabell 5.7.

Tabell 5.7

	(i mill. kr)

	(i mill. kr)
Pensjoner til private	320,0
Luftambulansetjenesten	66,9
Omlegging av arbeidsgiveravgift	133,9
Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter	26,1
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre	31,0
Samhandling og forebygging	40,0
Akuttnettverket	1,3

Pensjoner til private

Gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), ble det bevilget til sammen 3200 mill. kroner til dekning av økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 320 mill. kroner til dekning av pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak. Denne bevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009. Det vises til omtale av pensjoner i kap. 732, post 72 til 75.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten ANS ble opprettet 1. januar 2004, og eies av de fire regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder tiltak av nasjonal karakter. Luftambulansen ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne, beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region, og gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til dekning av felleskostnader. I 2008 ble det bevilget 64,1 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2009 foreslås det bevilget 66,9 mill. kroner til luftambulansetjenesten.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 192 av 10. desember 2007, jf. Dokument nr. 8:81 (2006–2007), og Innst. S. nr. 51 (2007–2008):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.»

Som en del av kvalitetssikringen knyttet til Justis- og politidepartementets prosjekt for anskaffelse av nye redningshelikoptre, har Luftambulansetjenesten ANS gjennomført en kartlegging av landingsforholdene for ambulansehelikopter og redningshelikopter ved norske sykehus som har akuttfunksjoner.

Kartleggingen viser at landingsplassenes beskaffenhet er svært varierende. Det varierer fra nye og spesielt tilrettelagte plasser til enkle asfalt-, grus- eller gressplasser. Blant de 54 sykehusene som inngår

i kartleggingen er det 24 som oppgir at de har landingsplass godkjent av Luftfartstilsynet. Nærliggende luftambulansebase brukes som landingsplass ved åtte av sykehusene. 16 av de 54 sykehusene oppgir at de ikke har noen tilrettelagt landingsplass, og her benyttes idrettsplasser, parkeringsplasser e.l. og i en del tilfeller benyttes lokale flyplasser. Sea King redningshelikopter er større og kan derfor ikke lande ved alle av de ordinære landingsplassene for ambulanshelikopter. Sea King er imidlertid underlagt militære luftfartsbestemmelser og kan lande der det er forsvarlig, uavhengig av sivil godkjenning.

Nærhet mellom sykehusets akuttmottak og landingsplass, slik at transport med bilambulanse kan unngås, er vesentlig av hensyn til tidsfaktor, sikkerhet og skånsom transport av pasienten. Kartleggingen viser at om lag halvparten av sykehusene har landingsplass for ambulanshelikopter så nær akuttmottak at bilambulansetransport som oftest ikke er nødvendig. For Sea King redningshelikopter er videre transport med bilambulanse nødvendig ved flere sykehus, pga av landingsbegrensninger.

Flere sykehus har konkrete planer om bygging av nye landingsplasser, bl.a. som del av byggeprosjekter som planlegges/er i gangsett. Mange sykehus har gitt tilbakemelding om miljøproblemer knyttet til helikopterlandinger. Forhold som går igjen er støy for naboer, eksoslukt og problemer knyttet til rotorvind. Dette er forhold som må avveies ved lokalisering, særlig gjelder dette i sentrale by og/eller boligområder.

Departementet vil se oppfølgingen av den foreliggende kartleggingen av landingsforholdene for ambulanshelikopter og redningshelikopter ved norske sykehus i sammenheng med oppfølgingen av rapport fra en arbeidsgruppe som er nedsatt for å gjennomgå de prehospitale tjenestene med hovedvekt på bil- og båtambulansetjenesten og AMK-sentralene. Arbeidsgruppa skal avlevere sin rapport innen utgangen av 2008.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

I 2004 ble det gjennomført en omlegging i den norske ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Omleggingen innebar opprettholdelse av nullsats for tiltakssonen i Nord-Troms og Finnmark, mens det for øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). I 2004 ble det innført en kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift.

Fra 1. januar 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i store deler av landet. Ordningen omfatter hele Nord-Norge og mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonsbeløpet til de regionale helseforetak ble som følge av omleggingen i 2007 redusert. Kompensasjonsbeløpet foreslås videreført i 2009 med 133,9 mill. kroner, med fordeling mellom regionale helseforetak som i tabell 5.8.

Tabell 5.8

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	19,7
Helse Vest RHF	23,2
Helse Midt-Norge RHF	23,6
Helse Nord RHF	67,4

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og grunnlag for autorisasjon som lege eller fysioterapeut. Organiseringen av turnustjenesten skal sikre god kvalitet og bidra til forutsigbarhet for turnusstedet og turnuskandidaten. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av kap. 732, postene 72–75, til de regionale helseforetakene.

Tilskuddet er 25 000 kroner per år per turnusplass, og utbetales til det regionale helseforetaket. Antall turnusplasser for leger er om lag 450 per halvår og for fysioterapeuter om lag 150 per halvår. For å forenkle administrasjonen av tilskuddet, vil tilskuddet fra 2009 bli beregnet på grunnlag av antall opprettede turnusplasser per oktober foregående år i stedet for faktisk antall gjennomførte turnusperioder. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med basert på opprettede plasser per oktober foregående år. Det foreslås bevilget 26,1 mill. kroner til tilskuddet i 2009, med fordeling mellom de regionale helseforetak som i tabell 5.9.

Tabell 5.9

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	11,8
Helse Vest RHF	4,7
Helse Midt-Norge RHF	4,8
Helse Nord RHF	4,8

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Opprettelse og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er av avgjørende betydning for å dokumentere behandlingskvalitet, gi grunnlag for å sammenlikne behandlingsresultater mellom sykehus og for å drive klinisk forbedringsarbeid. Hovedformålene med kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning. Det foreslås å prioritere medisinske kvalitetsregistre innenfor inntektsrammen til helseforetakene i 2009 med en ramme på 32 mill. kroner.

Det foreslås sterkere nasjonal styring for å effektivisere arbeidet med etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre. Basert på tilrådinger fra Helsedirektoratet, beslutter departementet opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helsedirektoratet gis i oppdrag å etablere et nasjonalt nettverk mellom sentrale aktører på registerområdet, herunder alle regionale helseforetak, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Locus, Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Kreftregisteret m.fl. Det foreslås videre etablert et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i Helse Nord RHF og en styrking av arbeidet med tekniske fellesløsninger i Helse Midt-Norge RHF. Ansvaret for medisinske kvalitetsregistre ligger hos regionale helseforetak. Det foreslås at midlene som trekkes ut av basisrammen tilbakeføres til regionale helseforetak, med unntak av 1 mill. kroner som tildeles Helsedirektoratet for å ivareta direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet. Av beløpet på 32 mill. kroner overføres 11 mill. kroner til Helse Nord RHF ved SKDE som skal etablere et nasjonalt servicemiljø

for medisinske kvalitetsregistre. Det forutsettes at SKDE inngår forpliktende samarbeidsavtale med Nasjonalt folkehelseinstitutt for å sikre samordning mellom kvalitetsregistre og øvrige nasjonale helseregistre. Videre overføres 5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF til utvikling av tekniske fellesløsninger. De resterende 15 mill. kroner foreslås fordelt mellom de regionale helseforetakene til implementering av felles tekniske løsninger.

Det vises også til omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt under kap. 710. Som del av Nasjonalt helseregisterprosjekt skal det blant annet utredes et nasjonalt hjerte-kar-register med tilhørende kvalitetsregistre innenfor hjerte-karområdet.

Samhandling og forebygging

Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Midlene skal også understøtte arbeidet med samhandlingsreformen. Det vises til omtale i del III om nasjonal helseplan.

Akuttnettverket

Det foreslås å flytte 1,3 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse, post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Midlene skal gå til Nettverk for forskning og evaluering (Akuttnettverket). Departementet vil fordele midlene mellom de regionale helseforetak i oppdragsdokumentene for 2009.

Postene 72–75 Tilskudd til regionale helseforetak (basisbevilgning)

Basisbevilgningen til de fire regionale helseforetak skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Regjeringens forslag til nytt inntektssystem for regionale helseforetak følger nedenfor. Deretter følger en omtale av pensjoner og andre saker som har konsekvenser for bevilgningsforslagene under postene 72 til 74.

Nytt inntektssystem for regionale helseforetak

Regjeringen nedsatte i 2006 et utvalg som skulle vurdere systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetak. Magnussenutvalget leverte sin innstilling NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2008.

Utvalgets forslag

Formålet med inntektsutjevningen er å legge til rette for et likeverdig tjenestetilbud i hele landet. Utvalget mener at fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak dels skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og dels ulike kostnader for å frambringe de samme tjenestene. Utvalget har foretatt analyser av somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og prehospitaltjenester. Modellen for inntektsutjevning er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren.

Utvalget var enstemmig, bortsett fra synet på innføring av klimavariabel i behovsindeksen, der 3 av 14 medlemmer tilkjennega betydelig usikkerhet.

Utvalget foreslår at de ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet.

Utvalgets forslag til ressursbehovsindeks for 2008 er vist i tabell 5.10. Ressursbehovsindeksen vil hvert år bli endret som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier og sosiale kriterier. Fordelingsnøgkelen for basisbevilgningen framkommer ved å ta hensyn til befolkningsandelen i hver region.

Tabell 5.10 Utvalgets forslag til ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2008

	Ressursbehovsindeks	Andel befolkning per 1.1.2007	Fordelingsnøkkel for basisbevilgning ¹
Helse Sør-Øst RHF	97,7	0,5550	0,5421
Helse Vest RHF	91,1	0,2067	0,1883
Helse Midt-Norge RHF	103,5	0,1396	0,1445
Helse Nord RHF	126,7	0,0987	0,1252
Norge	100,0	1,0000	1,0000

¹ I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korleksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Utvalget foreslår videre at en foretar en omfordeling av overføringene som gjør at de regionale helseforetakene som har lavest beholdning av kapital, gjennom en periode på 20 år, settes i stand til å gjenanskaffe et nivå på kapitalbeholdningen som tilsvarer dagens gjennomsnitt i de fire regionale helseforetakene.

Utvalget foretok sine analyser på saldert budsjett 2008, dvs. at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene var på om lag 61 mrd. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett 2008 medfører utvalgets forslag at Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal ha en større andel av basisbevilgningen, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en lavere andel. I 2008-kroner utgjorde denne omfordelingen om lag 780 mill. kroner før det tas hensyn til utvalgets forslag til endring i gjestepasientoppgjøret.

Utvalget foreslår endringer i gjestepasientoppgjøret mellom de regionale helseforetakene. Helseforetakene står fritt til å fastsette gjestepasientoppgjør. I praksis er dagens avtaler innenfor somatikk i stor grad basert på 80 pst. ISF-refusjon. Utvalget viser til at gjestepasientoppgjøret bør være basert på avtaler som spesifiserer omfang og pris. For pasienter som omfattes av ISF-ordningen, foreslår utvalget at behandlende regionale helseforetak skal refunderes 100 pst. av ISF-refusjon tillagt anslag på kapitalkostnader. For pasienter som ikke omfattes av ISF-ordningen anbefales at man følger samme prinsipp som over, men at det tas utgangspunkt i en avtalt pris per «naturlig aktivitetseenhet». Utvalget

viser til at regionale forskjeller i behov for høyspesialiserte tjenester fanges opp i de analysene av behov som utvalget har gjennomført, men at dette stiller sterke krav til oppgjørsordninger. Utvalget foreslår en abonnementsmodell mellom de fire regionale helseforetak der kjøpende helseforetak forplikter seg til å dekke både kapital og driftskostnader opp til et avtalt volum. Effekten av utvalgets forslag er ikke tallfestet i utvalgets innstilling. Helse Sør-Øst RHF behandler flere pasienter enn de avgir til de tre andre regionale helseforetakene. Departementet har anslått virkningene av utvalgets forslag med utgangspunkt i 2007-fordeling av somatiske gjestepasienter. Disse anslagene viser at Helse Sør-Øst RHF vil få over 120 mill. kroner i økte gjestepasientinntekter fra de tre andre regionale helseforetakene. Dette innebærer at netto omfordelingseffekt vil bli under 660 mill. kroner, sammenliknet med beløpet i NOU 2008: 2, når det tas hensyn til utvalgets forslag til endret gjestepasientoppgjør.

Utvalget ser at deres forslag vil gi betydelige omstillingsutfordringer for Helse Sør-Øst RHF, og anbefaler overgangsordninger som gjør det mulig for Helse Sør-Øst RHF å gjennomføre disse innenfor forsvarlige rammer.

Utvalget foreslår at dagens tilskudd til forskning over kap. 732, post 78 endres noe som følge av sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. For å gjøre endringen mest mulig inntektsnøytral foreslår utvalget at andelen basistilskudd innen forskning reduseres fra 40 til 30 pst., og at aktivitetsandelen (forskningspoeng) økes tilsvarende. Utvalget ber videre Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere hvordan finansiering av forskningsaktiviteten kan styrkes uten at dette går på bekostning av pasientbehandlingen.

Høring

Utvalgets innstilling NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak har vært på 3 måneders bred høring. Høringsuttalelsene, særlig fra fylkeskommunene, følger et geografisk skille. Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er enig i forslaget og ønsker innføring i 2009, eventuelt over to år. Helse Sør-Øst RHF er enig i hovedprinsipper, men mener at svakheter må rettes opp før innføring og at omfordeling må skje gjennom vekst i bevilgning.

Oppsummert er det fem områder som utpeker seg etter høringsrunden; tilskudd til private opptreningsinstitusjoner, klima- og breddegradsindeks, bruken av innvandrere som kriterium, forskning og kostnadsindeks.

I utvalgets mandat inngikk vurdering av midler til private opptreningsinstitusjoner. Tilskuddet på vel 1 mrd. kroner er i dag fordelt etter institusjonenes lokalisering. Helse Vest RHF har en andel av dagens tilskudd på 6 pst., mens andelen etter Magnussenutvalgets forslag tilsier nær 19 pst. Utvalget foreslår å inkludere tilskuddet i modellen. Dette innebærer i stor grad en omfordeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF til Helse Vest RHF. Utvalget foreslår også å inkludere tilskudd til de to private diakonale institusjonene Modum Bad i helseregion Sør-Øst og Viken senter i helseregion Nord i modellen. Dette er institusjoner som i hovedsak tar imot pasienter med psykiske lidelser.

Utvalgets analyser viste en sterk sammenheng mellom en klima- og breddegradsindeks og forbruket av helsetjenester. Sammenhengen er lite faglig dokumentert i klinisk og epidemiologisk litteratur. Utvalget antar at denne indeksen fanger opp faktorer som ikke er med i analysene, og at den derfor bør inngå i modellen. Usikkerheten mht. manglende faglig dokumentasjon i klinisk og epidemiologisk litteratur er håndtert av utvalget ved å redusere indeksens vekt i modellen, slik at den kun inngår med 1/5 av dens statistiske effekt. Dette innebærer en omfordeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF til de tre andre regionale helseforetakene. Utvalget foreslår at effekter av klimaindeksen analyseres nærmere. Flere av

høringsinstansene (bl.a. Legeforeningen, LO og Oslo kommune) er kritiske til klimaindeksen fordi den er for lite faglig dokumentert. Dagens inntektssystem har et eget skjønnsmessig fastsatt tillegg til Helse Nord RHF. Siden klimaindeksen og kostnadsindeksen bl.a. ivaretar Helse Nord RHF, bortfaller tillegget til Helse Nord RHF i utvalgets forslag.

Utvalget har analysert hvordan behovet for helsetjenester varierer med ulike sosioøkonomiske kriterier, herunder helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn. Analysene viser at innvandrere, målt som ikke-vestlige innvandrere, ikke påvirker forbruket av somatiske helsetjenester. Utvalget mener at det kan tenkes at dette avspeiler udekket behov, men i mangel av sikker kunnskap har utvalget valgt å utelate ikke-vestlige innvandrere fra behovsnøkkelen for somatikk. Utvalget viser til undersøkelser der utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen. Utvalget mener at behovs- og kostnadsmessige forhold trekker i retning av et forhøyet kostnadsbehov knyttet til andelen ikke-vestlige innvandrere, og gruppen er derfor gitt en skjønnsmessig innvekting i behovsnøkkelen for psykisk helsevern. Dette bidrar til å øke beregnet relativt behov for Helse Sør-Øst RHF. Enkelte høringsinstanser stiller spørsmål ved om ikke innvandrere også bør være med i behovsnøkkelen for somatikk og om merkostnader for denne gruppen er godt nok ivaretatt i utvalgets arbeid.

De regionale helseforetakene bruker om lag 1,5 mrd. kroner på forskning. Dagens tilskudd til forskning over kap. 732, post 78 på over 400 mill. kroner delfinansierer forskningsaktiviteten. Resten finansieres av basisbevilgningene, postene 72–75, og av eksterne inntekter. Utvalget ønsket å kompensere for kostnader til forskning, og mener at det tar høyde for dette ved å legge vekt på historiske kostnader i kostnadsindeksen. Utvalgets forslag om å vurdere omfanget av medisinskfaglig forskning, og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går utover bevilgningene til pasientbehandlingen, får bred støtte i høringen. I tillegg foreslår utvalget en justering i dagens tilskudd til forskning gjennom å redusere andelen basistilskudd fra 40 til 30 pst. og øke aktivitetsandelen (forskningspoeng) til 70 pst. Flere høringsinstanser viser til at Helse Sør-Øst RHF har størst forsknings- og undervisningsaktivitet, og er opptatt av at denne forskningen må ivaretas framover.

Utvalget foreslår en kostnadsindeks som baserer seg på reisetid og historisk kostnad. Reisetid ivaretar kostnadsulempere knyttet til spredt akuttberedskap. Utvalgets analyser viser en sammenheng mellom merkostnader og forskning/utdanning. Det er ikke mulig å spesifisere dette i modellen pga. manglende data, og utvalget mener derfor at en best ivaretar dette skjønnsmessig ved å bruke historiske kostnader. Bruken av historisk kostnad er imidlertid kritisert i høringen bl.a. fordi en risikerer å kompensere for manglende effektivitet. Utvalget foreslår nye analyser på feltet, men dette vil kreve bedre datagrunnlag og vil ta noe tid.

Regjeringens samlede vurdering og forslag

Utvalget har levert en samlet innstilling med unntak for klimaindeksen der 3 av 14 medlemmer tilkjenner betydelig usikkerhet. Selv om det kan reises spørsmål ved enkeltelementer i utvalgets forslag, mener regjeringen at en må se forslaget som en helhet. Utvalget har selv pekt på forbedringspunkter, og disse vil bli fulgt opp.

Utvalgets forslag er utfordrende for Helse Sør-Øst RHF, som er inne i en krevende samordningsprosess i hovedstaden, og som har store omstillingsutfordringer knyttet til underskuddssituasjonen. Regjeringen foreslår å gjennomføre ny inntektsfordeling i tråd med Magnussenutvalgets innstilling i løpet av 2009 og 2010. Inntektsrammen økes samtidig slik at Helse Sør-Øst RHF ikke får redusert sin basisbevilgning,

mens de tre andre regionene får økt basisbevilgning i 2009 med til sammen 600 mill. kroner. Full omfordeling skal være gjennomført i 2010, og nåværende beregninger viser at det vil kreve ytterligere 634 mill. 2009-kroner i økt basisbevilgning for å håndtere omfordelingen gjennom vekst.

Utvalget hadde flere forslag til forhold som krever videre utredning. Departementet vil sette i gang en «følge med»-evaluering der en i første omgang konsentrerer seg om følgende fem forhold:

- Evaluering av dagens tilskudd til forskning. Departementet foreslår å utsette en ev. endring av tilskudd til forskning som utvalget foreslår til evalueringen er fullført, jf. også omtale under kap. 732, post 78.
- Måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.
- Skaffe bedre datagrunnlag slik at det kan initieres et arbeid som kan beskrive, dokumentere og analysere kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak.
- Analyser av effekter av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for helsetjenester.
- Analyser av forbruket av spesialisthelsetjenester blant innvandrere.

Departementet foreslår at det settes av 4 mill. kroner av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene til en «følge med»-evaluering. Midlene disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget foreslår å øke gjestepasientoppgjøret fra 80 til 100 pst. ISF-refusjon med tillegg for kapitalkostnader. Dette skal sikre kostnadsdekning ved behandling av pasienter fra andre regioner. Etter departementets vurdering innebærer utvalgets forslag at en i større grad enn i dag fordeler inntekter etter behov, og at det derfor er rimelig at bostedsregionen betaler kostnadsdekkende priser. På den annen side vil et gjestepasientoppgjør basert på 100 pst. ISF-refusjon i de fleste tilfeller være høyere enn marginalkostnaden. Det kan bl.a. være til hinder for utnyttelse av ledig kapasitet og fritt sykehusvalg på tvers av regionene. Når det gjelder høyspesialisert pasientbehandling (landsfunksjoner og flerregionale funksjoner) bør en ta hensyn til at prisen fastsettes slik at den balanserer to forhold. For det første bør den være lav nok til at regionale helseforetak ikke bygger opp alternativt tilbud i konkurranse med eksisterende funksjon og derigjennom påfører samfunnet unødige kostnader. For det andre bør gjestepasientbetalingen være høy nok slik at den gir rimelig kostnadsdekning for det regionale helseforetaket som har en flerregional funksjon. Prisen skal heller ikke virke hemmende for etablering av nye behandlingstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer hvor landsfunksjoner skal etableres, og problemet med konkurrerende etablering vil derfor være mindre aktuell for denne gruppen av høyspesialiserte funksjoner. Etter en samlet vurdering mener departementet at en i stedet for å endre gjestepasientoppgjøret, foretar en omfordeling i basisbevilgningene til regionale helseforetak i henhold til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppgjøret til 100 pst. ISF-refusjon samt 6 pst. kapitalkostnader har.

Samlet foreslås det å gjennomføre utvalgets forslag til ny inntektsfordeling gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010, med følgende justeringer:

- Utvalgets forslag om økning i gjestepasientprisene gjennomføres ved at de økonomiske virkningene hensyntas i basisbevilgningene og ikke gjennom regionvise avtaler.
- Dagens tilskudd til forskning evalueres, og utvalgets forslag til endring i tilskuddet vurderes først når evalueringen foreligger.

Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk på befolkning, alder og ulike sosiale kriterier. Tryggedata (sykefravær, uføretrygd mv.) er som utvalget har foreslått, «låst» i modellen fordi dette er variable som i teorien påvirkes av beslutninger i helseforetakene. Oppdateringene fører til en ressursbehovsindeks og en fordelingsnøkkel per region for 2009 som vist i tabell 5.11. Ressursbehovsindeksen beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionale helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Sammenliknet med 2008, reduseres ressursbehovsindeksen noe for Helse Sør-Øst RHF samtidig som den øker for Helse Nord RHF. Fordelingsnøkkel for basisbevilgningen viser at andelen øker for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, mens den reduseres for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF sammenliknet med 2008. Den viktigste forklaringsfaktoren er at befolkningen relativt sett øker mer i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF enn i Helse Midt-Norge RHF, samtidig som befolkningen reduseres noe i Helse Nord RHF.

Tabell 5.11 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2009

	Ressursbehovsindeks	Andel befolkning per 1.1.2008	Fordelingsnøkkel for basisbevilgning ¹
Helse Sør-Øst RHF	97,6	0,5560	0,5427
Helse Vest RHF	91,1	0,2072	0,1889
Helse Midt-Norge RHF	103,5	0,1392	0,1442
Helse Nord RHF	127,4	0,0975	0,1243
Norge	100,0	1,0000	1,0000

¹ I tillegg vil korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør påvirke fordeling av basisbevilgningen.

Tabell 5.12 viser omfordelingsvirkningene innenfor rammen i 2009-priser med og uten gjestepasientoppgjør. Oppgaveendringer fra 2008 til 2009 vil påvirke omfordelingsvirkningene. Som det går fram av tabellen innebærer utvalgets forslag om en økning i gjestepasientoppgjøret til at omfordelingsvirkningene reduseres med om lag 125 mill. kroner. Det foreslås at omfordelingen skal skje gjennom vekst i bevilgning over to år, noe som innebærer at det tilføres 243 mill. kroner til Helse Vest RHF, 224 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF og 133 mill. kroner til Helse Nord RHF i 2009, samtidig som Helse Sør-Øst RHF sin basisbevilgning ikke reduseres.

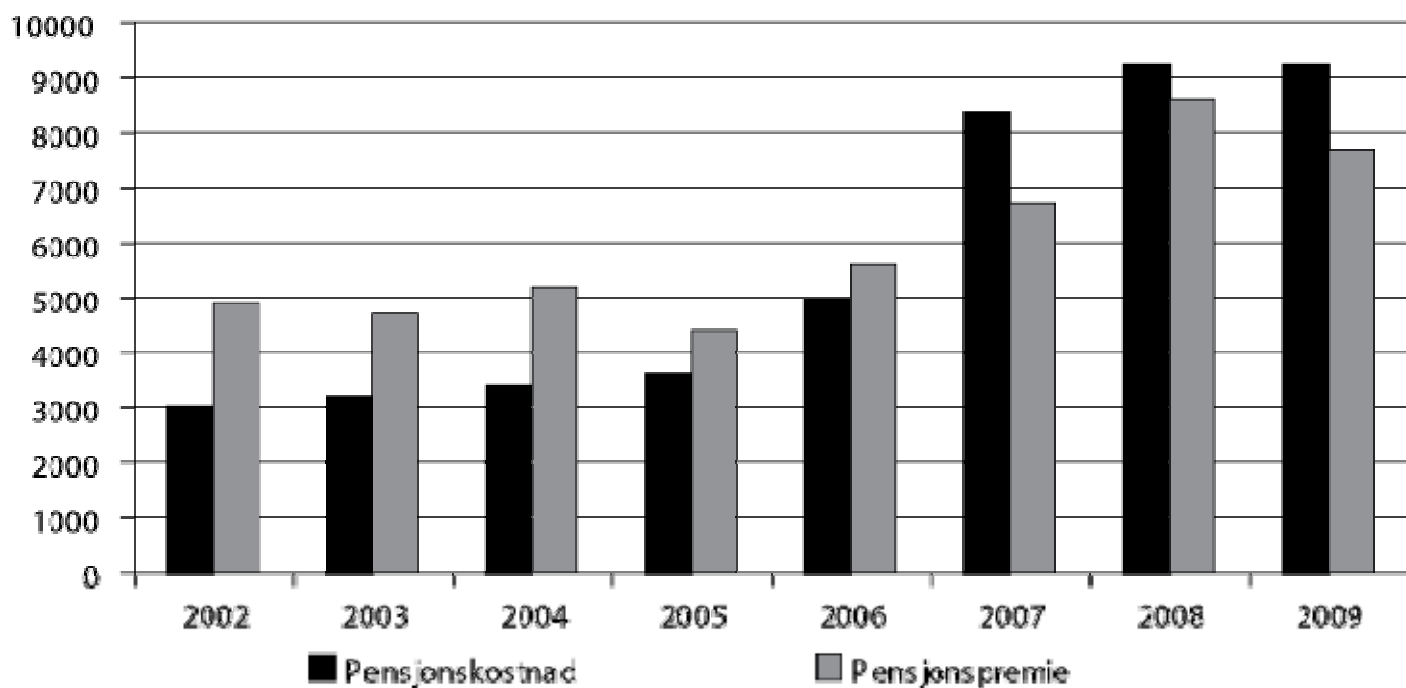
Tabell 5.12 Omfordeling innenfor uendret inntektsramme i 2009 med og uten effekt av endret gjestepasientoppgjør og omfordeling gjennom inntektsvekst over 2 år (mill. 2009-kroner).

	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme inkl. effekt av kapital	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør (i pst. av basisbevilgning)	Omfordeling gjennom inntektsvekst over 2 år inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør		
			2009	2010	Sum
Helse Sør-Øst RHF	-793	-667 (-1,7 %)	0	0	0
Helse Vest RHF	304	268 (2,1 %)	243	257	500
Helse Midt-Norge RHF	309	283 (2,9 %)	224	237	461
Helse Nord RHF	180	115 (1,3 %)	133	140	273
Sum	0	0	600	634	1 234

Prognosen for årsresultat i 2008 varierer mellom de fire regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF rapporterer at de sannsynligvis vil komme i balanse i 2008, mens de tre andre regionale helseforetakene sannsynligvis vil gå med underskudd. I de regionene hvor det ligger an til underskudd forutsettes det at styrkingen brukes til å forbedre det økonomiske resultatet i 2009. Helse Midt-Norge RHF vil samtidig få økte kostnader i forbindelse med Nye St. Olavs Hospital. Styrkingen som følge av ny inntektsfordeling må sees i sammenheng med dette. Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2009 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2008. Omfordelingen gir samtidig et godt grunnlag for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helse Vest RHF.

Pensjoner

Pensjonskostnader og pensjonspremier for helsetjenesten har økt betydelig de siste årene, jf. figur 5.3.



Figur 5.3 Pensjonskostnader og -premier for regionale helseforetak, anslag for årene 2008 og 2009 (mill. kroner)¹

¹ Anslag for pensjonskostnader og pensjonspoliser for 2008 og 2009. Tallene for 2002–2005 er beregningstekniske størrelser.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), vedtok Stortinget å bevilge 3,2 mrd. kroner for å dekke behovet for likviditet knyttet til økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 320 mill. kroner for å dekke økte pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak i 2008. Det ble i proposisjonen varslet at regjeringen ville komme tilbake til den langsiktige håndteringen av pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene og de private helseinstitusjonene i St.prp. nr. 1(2008–2009).

Sentrale begrep angående pensjon

Pensjonspremien er den faktiske innbetaling fra helseforetakene til pensjonskassene som skal dekke de ansattes allerede opptjente pensjonsrettigheter. Pensjonspremien påvirkes blant annet av lønnsvekst, omfang av uttak av AFP og regulering av folketrygdens grunnbeløp (G). Premien påvirkes også av den avkastning pensjonskassene oppnår på investerte midler.

Pensjonskostnaden er den periodiserte kostnadsstørrelsen som inngår i resultatregnskapet og er et uttrykk for endringen i framtidige pensjonsforpliktelser fra det ene året til det neste. Pensjonskostnaden påvirker dermed de regionale helseforetakenes regnskapsresultat, som er det økonomiske resultat helseforetakene styres etter. Pensjonskostnaden kan avvike vesentlig fra den betalbare pensjonspremien. Ved fastsettelse av pensjonskostnaden gjøres det beregninger ut fra en rekke forutsetninger, bl.a. om den enkelte ansattes framtidige arbeids- og lønnsforhold. Det som særlig har betydning når pensjonskostnaden fastsettes er forholdet mellom forventet framtidig avkastning av pensjonsmidler (diskonteringsrente) og forventet framtidig lønnsvekst. Norsk regnskapsstiftelse (NRS) vedtok i juni 2007 en ny veileder for hvordan de framtidige forpliktelsene for ytelsesbaserte pensjonsordninger skal fastsettes. I den nye veilederen er det lagt til grunn økt differanse mellom rente

og lønnsvekst for 2008, noe som er hovedårsaken til at pensjonskostnaden har økt betydelig sammenliknet med tidligere år.

Verken pensjonskostnaden eller pensjonspremien vil være kjente størrelser når statsbudsjettet blir utarbeidet. Heller ikke når budsjettet blir vedtatt i desember er disse størrelsene kjente. Parameterne som bestemmer størrelsen på *pensjonskostnadene*, (anslått langsiktig lønnsvekst, nivået på 10-års statsobligasjonsrente og effekt av endringer i bemanningen) blir fastsatt 31. desember året før budsjettåret. Endelig fastsetting av *pensjonspremien* skjer først når reguleringspremien blir fastsatt i september. En god prognose for størrelsen på endelig pensjonspremie kan gis etter at virkningene av lønnsoppgjørene er kjent i mai/juni i budsjettåret.

Forslag til langsiktig løsning for pensjonspremier og -kostnader

Regjeringen foreslår at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av rammetilskuddet til de regionale helseforetakene. Dette innebærer at det kan stilles et entydig, ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Pensjonskostnaden dekkes innenfor de generelle basisbevilgningene til helseforetakene. Ettersom et ukorrigert resultatkrav legges til grunn vil dette medføre at de regionale helseforetak har mer eller mindre likviditet enn nødvendig for å kunne betale pensjonspremien. Det foreslås derfor at eventuell overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden skal brukes til å nedbetale opparbeidede driftskreditter, mens driftskredittrammen utvides hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden.

Parameterne som inngår i pensjonskostnaden vil som nevnt først være kjent 31. desember året før budsjettåret, mens endelig pensjonspremie først vil være kjent i september/oktober i budsjettåret. Dersom det skjer endringer i pensjonskostnaden etter at St.prp. nr. 1 er lagt fram, må det tas stilling til om endringene er så store at det bør gjøres endringer i bevilgningen til regionale helseforetak. Det legges videre opp til at driftskredittrammen (likviditetsbehovet) vurderes på nytt når det skjer endringer i differansen mellom premie og kostnad i løpet av året. Dette vil gi helseforetakene stor grad av forutsigbarhet i forhold til å kunne imøtekomme sine betalingsforpliktelser og oppfylle de aktivitetsforutsetninger som blir satt for det enkelte budsjettår.

Regjeringen foreslår som en del av opplegget at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditt i staten og at framtidige endringer i driftskredittrammen inntektsføres eller utgiftsføres i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker. Dette vil gi noe lavere rentekostnader knyttet til driftskredittene enn om driftskredittene fortsatt skulle tas opp i private banker. For de private helseinstitusjonene videreføres ordningen som ble vedtatt ved behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), hvor de regionale helseforetakene gjennom sin basisbasisramme ble satt i stand til å dekke pensjonskostnadene til disse. Dette innebærer at de private institusjonene enkelte år vil generere overskuddslikviditet når pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden. Samtidig vil det oppstå et likviditetsbehov når pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden. Det legges til grunn at de private helseinstitusjonene selv må håndtere disse likviditetssvingningene innenfor egen økonomi framover.

Forslag for 2009 som følge av skissert modell

Til grunn for det økonomiske opplegget for 2009 ligger et anslag for pensjonskostnader for de regionale helseforetakene på 9,2 mrd. kroner, som er om lag på samme nivå som i 2008. Dette innebærer en økning på 3,8 mrd. kroner sammenliknet med anslaget lagt til grunn i saldert budsjett 2008. Regjeringen mener at denne økningen er av en slik størrelse at den ikke kan dekkes gjennom effektivisering i

helseforetakene. Deler av økningen i pensjonskostnad skyldes imidlertid økt bemanning ut over budsjettforutsetningene i tidligere år. Det anslås at om lag 200 mill. kroner av økningen i pensjonskostnaden skyldes ikke-budsjettert bemanningsvekst i 2007. Regjeringen forutsetter at helseforetakene selv må ta ansvar for denne økningen, og har lagt til grunn en bevilgningsøkning i 2009 på 3600 mill. kroner knyttet til pensjonskostnader i de regionale helseforetakene.

Pensjonspremien for de regionale helseforetakene anslås til om lag 7,7 mrd. kroner i 2009. Dette er om lag 900 mill. kroner lavere enn anslag for 2008 i forbindelse med St.prp. nr. 59 (2007–2008). Endelig pensjonspremie for 2008 vil først være kjent i september/oktober inneværende år.

I og med at anslått pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnaden som legges til grunn for det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene, oppstår det et likviditetsoverskudd. De regionale helseforetakene pålegges å bruke dette likviditetsoverskuddet til å nedbetale driftskreditt.

Driftskredittrammen foreslås som følge av dette satt ned 1,3 mrd. kroner i løpet av 2009, jf. omtale under kap. 732, post 86.

Isolert sett medfører dette en reduksjon i helseforetakenes renteutgifter med om lag 70 mill. kroner, som innebærer en tilsvarende styrking av deres økonomiske handlingsrom i 2009. Det skal i denne sammenheng pekes på at en vesentlig del av akkumulert driftskreditt, som ved inngangen til 2008 beløp seg til om lag 6 mrd. kroner, skyldes at pensjonspremien har vært høyere enn pensjonskostnadene i årene fra 2002 til 2006.

Sammenliknet med saldert budsjett for 2008 er basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med vel 3,9 mrd. kroner for å dekke opp økte pensjonskostnader.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det vedtatt å bevilge 320 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å inngå kjøps-/driftsavtaler med private som avspeiler det anslått høyere pensjonskostnadsnivå, jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008). Denne tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009, under kap. 732, post 70.

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2009 med 3600 mill. kroner med følgende fordeling:

- 1953,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 679,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 518,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 447,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Andre saker

Studenthelsetjeneste

Det ble i St.prp. nr. 1 (2007–2008) varslet en arbeidsgruppe som skulle vurdere hvordan man kan samarbeide bedre om å gi et godt tilbud til studentpopulasjonen når det gjelder psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og kommunenes ansvar for primærhelsetjenesten skulle legges til grunn. Arbeidsgruppen med representanter fra kommunene, regionale helseforetak, studentsamskipnadene, studentorganisasjonene, Mental Helse Ungdom, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble nedsatt i mars 2008. Kommunenes

interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Oslo kommune, NAV, Samskipnadsrådet, Helsedirektoratet mfl. har vært representert i en referansegruppe.

Arbeidsgruppen ønsker å legge til rette for at studentene skal sikres et tilbud om psykisk helsetjeneste/psykososiale tjenester. Arbeidsgruppen anbefaler at etablerte tilbud ved studentsamskipnadene som kjennetegnes av lav terskel og kort ventetid, opprettholdes minimum på dagens nivå. I henhold til arbeidsgruppens mandat er det vurdert tiltak for å knytte studenthelsetjenesten sterkere til den ordinære helsetjenesten og sikre god samhandling og godt samarbeid mellom studentsamskipnadene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Departementet tar sikte på å følge opp arbeidsgruppens anbefaling vedrørende inngåelse av avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykisk helsetjenester for studenter skal innrettes. Det foreslås at dette følges opp gjennom de ordinære styringssystemene overfor regionale helseforetak og kommuner. Dagens refusjonsordning til lege og psykologspesialister fra NAV foreslås å opphøre. Et tilsvarende beløp foreslås overført basisrammene til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Med utgangspunkt i behovet for lik tilgang til tjenester, foreslår departementet å stille krav om å avsette 1 mill. kroner til psykisk helsetjeneste i regi av studentsamskipnadene i Helse Nord RHF i oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF. Dette for å sikre tilgang til tjenester for studentene i Helse Nord RHF. På sikt legger departementet til grunn en oppfølging innenfor de ordinære styringssystemer.

Det foreslås at dagens trygderefusjoner fra NAV til psykologer og psykiatere ved studentsamskipnadene, totalt 2,9 mill. kroner, flyttes fra kap. 2711 Spesialisthelsetjenester, hvorav 0,9 mill. kroner fra kap. 2711, post 70 Refusjon spesialisthjelp og 2,0 mill. kroner fra kap. 2711, post 71 Refusjon psykologhjelp, til de regionale helseforetaks basisrammer kap. 732, post 72–74, med følgende fordeling:

- 1,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 74

Aktivitetsvekst 1,5 pst.

I budsjettforslaget for 2009 legges det til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå med 1,5 pst. Det er lagt til grunn en marginalkostnad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten. Dette tilsvarer totalt 1026 mill. kroner over kap. 732, postene 72–77. Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2009 med 719,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 390,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 135,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 103,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 89,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Økt kapasitet innen rusbehandling

Det vises til omtale under kap. 726, post 70 om tiltak for rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten. Samlet foreslås det en styrking på 148,0 mill. kroner i 2009. Det foreslås en styrking på 120,0 mill. kroner til økt kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med følgende fordeling:

- 65,1 mill. kroner til kap. 732, post 72

- 22,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 17,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 14,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås videre en styrking på 35,0 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2009. Av disse midlene fordeles 21,0 mill. kroner på kap. 732, postene 72–75:

- 11,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

De resterende midler til LAR bevilges over kap. 732, post 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70.

Økt basisbevilgning

For å lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene, foreslås basisbevilgningen styrket med 500,0 mill. kroner i 2009 med følgende fordeling:

- 271,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 94,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 72,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 62,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Som følge av regjeringens forslag til oppfølging av Magnussenutvalget, foreslås det avsatt 600 mill. kroner til innfasing av ny inntektsfordeling i 2009 med følgende fordeling:

- 243,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 224,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 133,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Opptreningsinstitusjoner

Regionale helseforetak har inngått avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser. Gjennom avtalene vil tilbudet i de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene være en del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg til ordinære avtaler, er det inngått avtaler gjennom ordningen Raskere tilbake med en del av de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en arbeidsgruppe som, med utgangspunkt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, skal foreslå tiltak som kan gi mer forutsigbarhet for institusjonene. Arbeidsgruppen skal avslutte sitt arbeid innen 1. november 2008. Egenandelene er i dag 120 kroner per døgn. Det foreslås å prisjustere egenandelene til 123 kroner per døgn fra 1. januar 2009.

Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å flytte midlene på 1139,2 mill. kroner fra kap. 732, post 70 til postene 72–75, med følgende fordeling:

- 751,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 73,3 mill. kroner til kap. 732, post 73

- 156,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 158,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2009 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2008.

Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell

Fra 2006 fikk regionale helseforetak fullt finansieringsansvar for pasienttransport. NAV lokalt (førstelinjen) behandler enkeltsaker om pasienttransport. De regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått avtaler om kjøp av disse tjenestene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2002–2003). Helseforetakene samordner transporten med behandlingen, og inngår kontrakter med aktuelle transportører etter anbudsrunder.

Egenandelen foreslås økt fra 120 kroner til 125 kroner per enkeltreise, fra 240 kroner til 250 kroner tur/retur fra 1. januar 2009. Forslaget om økt egenandel må følges opp med endring av § 14 første ledd i forskrift 4. juli 2008 nr. 788, om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Forslag til økt egenandel er hensyntatt i forslag til bevilgning.

Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å flytte 1970,2 mill. kroner fra kap. 732, post 70 til postene 72–75, med følgende fordeling:

- 696,0 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 302,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 347,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 625,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Modum Bad og Viken senter

Modum Bad og Viken senter er to private diakonale institusjoner som tar imot pasienter med psykiske lidelser fra hele landet. Finansieringen av institusjonen ble i statsbudsjettet 2006 flyttet fra kap. 743, post 75 til kap. 732, post 70 og finansieringsansvaret er overført til hhv. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Det er i løpet av 2006 og 2007 forhandlet fram avtaler mellom institusjonene og de aktuelle regionale helseforetak om finansiering og drift. Behandlingstilbudet ved institusjonene skal sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å overføre 98,8 mill. kroner til kap. 732, post 72 og 44,0 mill. kroner til kap. 732, post 75. Disse to institusjonene representerer et meget viktig tilbud for pasienter med psykiske lidelser.

Tilskudd til utdanning – medisinerstudenter

Tilskudd til utdanning var før 2006 et eget tilskudd under kap. 732, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. Tilskudd til utdanning skulle kompensere helseforetakenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske delen av studiet. Tilskuddet ble konsekvensjustert i henhold til Stortingets vedtatte opptapping av opptakskapasiteten. Tilskuddet ble fra 2006 overført til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, bl.a. for å sikre en mer likeartet praksisfinansiering av medisinerstudenter og helsefagstudenter. I forbindelse med overføring av studieplasser i medisin fra utlandet til Norge ble opptakskapasiteten fra 2004 økt med 20 plasser i

Trondheim og 15 plasser i Tromsø. Ved en inkurie ble ikke tilskuddet justert med denne økningen i opptakskapasiteten, og i 2008 ble det bevilget 17,4 mill. kroner til dette formålet. Tilskuddet foreslås økt med ytterligere 18,1 mill. kroner i 2009. Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å overføre midlene til kap. 732, postene 74 og 75. Det foreslås å øke tilskuddet i 2009 slik at det flyttes 36,2 mill. kroner med følgende fordeling:

- 20,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 15,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse

Det foreslås å flytte 2350 mill. kroner fra kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern:

- 1283,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 461,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 326,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 279,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Psykososialt arbeid for flyktninger/asylsøkere

Det foreslås å flytte 5,8 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse, post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress.

- 2,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

Strategiplan for spiseforstyrrelser

Det foreslås å flytte 1,9 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse, post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Midlene går til tiltak over strategien for spiseforstyrrelser, med følgende fordeling:

- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

ISF-finansiering av dyre legemidler

Regionale helseforetak overtok ansvaret for finansiering av legemiddelgruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktorhemmere) 1. juni 2006 og enkelte MS-legemidler 1. januar 2008.

Departementet har satt i gang en evaluering av flyttingen av finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere med hovedvekt på følgende:

- Hvordan er de nasjonale retningslinjene implementert på helseforetaksnivå og avdelingsnivå i sykehusene?

- Hvordan har endringen i finansieringsansvaret påvirket tildeling og bruk av TNF-hemmere og de andre legemidlene som omfattes av reformen?
- Hvordan har flyttingen av finansieringsansvaret påvirket priskonkurransen på området?

Evalueringen skal ferdigstilles i løpet av 1. halvår 2009.

Det vises til omtale under kap. 732, post 76, der det foreslås at legemiddelgruppen TNF-hemmere og legemidler ved behandling av multippel sklerose omfattes av ISF-ordningen. Som en følge av dette foreslås det å flytte 473,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 76, med følgende fordeling:

- 244,0 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 98,0 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 65,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 65,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Legemiddelet Bondronat (ibandronat)

Legemiddelet Bondronat (ibandronat) er godkjent for behandling av skjelettforandringer hos kvinner med brystkreft og skjelettmetastaser. Behandling med ibandronat kan administreres av den enkelte pasient selv utenfor sykehus og finansieres derfor av folketrygden. Alternativ behandling er infusjonsbehandling på sykehus med legemiddelet zolendronat.

Det foreslås at finansieringsansvaret for legemiddelet ibandronat flyttes fra trygden til regionale helseforetak.

Den aktuelle pasientpopulasjonen er avgrenset, og behandlingen er styrt av sykehusleger. Ett års behandling med ibandronat koster om lag 42 000 kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til fire kontroller i året. Sykehusbehandling med zolendronat dekkes på vanlig måte gjennom basisbevilgningen og ISF-systemet.

Som en følge av dette foreslås det å flytte 2,4 mill. kroner fra kap. 2751, post 70, til de regionale helseforetakenes basisbevilgning med følgende fordeling:

- 1,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,04 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Betaling ved manglende frammøte poliklinikk

Fra 2001 har offentlige poliklinikker anledning til å kreve 100 kroner i gebyr dersom en pasient uten varsel ikke møter opp til avtalt konsultasjon eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, jf. St.prp. nr. 1 (2000–2001). Satsen på 100 kroner er ikke regulert etter 2001. Det foreslås å regulere uteblivelsesgebyret i takt med egenandelsendringer slik det er regulert for manglende frammøte hos legespesialister utenfor sykehus. Dette innebærer at uteblivelsesgebyret settes til 280 kroner fra 1. januar 2009. Sykehusene har kostnader til lønn mv. selv om en pasient ikke møter. En økning av gebyret vil gi økte inntekter for sykehusene ev. at flere møter til avtalt time. Potensiell merinntekt for

regionale helseforetak er beregnet til 20,0 mill. kroner. Basisbevilgningene til regionale helseforetak foreslås redusert med 20,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 11,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 2,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 2,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Redningshelikopterbasene i Rygge, Florø og Ørland

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Justisdepartementet ble det foreslått å etablere døgnkontinuerlig tilstedevakt med lege ved redningshelikopterbasen på Rygge og på Ørlandet innen 1. juli 2008. Videre har Stortinget vedtatt å opprette redningshelikopterbase i Florø med døgnkontinuerlig tilstedevakt med lege innen 1. januar 2009. Som følge av at prosjekteringsarbeidet har tatt lengre tid enn antatt, legges det til grunn at basen i Florø er operativ fra 1. april 2009. Det følger av oppgavefordelingen som tidligere er etablert at legene som arbeider på redningshelikopterbasene skal være faglig og administrativt knyttet til helseforetakene. Kostnader til etablering av basene foreslås flyttet fra poster under Justisdepartementets budsjett med følgende fordeling:

- 4,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,8 mill. kroner til kap. 732, post 74

Samhandling og forebygging

Det vises til omtale under kap. 732, post 70 der det foreslås å bevilge 40,0 mill. kroner til generelle samhandlings- og forebyggingstiltak. Tiltakene finansieres ved å flytte 40,0 mill. kroner til kap. 732, post 70 fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning med følgende fordeling:

- 22,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 7,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 5,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 4,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Kvalitetsregistre

For å effektivisere arbeidet med etablering og drift av registre, foreslås det en sterkere nasjonal samordning på området, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 70. Det foreslås å flytte 32,0 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 70 og kap. 720, post 01 Helsedirektoratet med følgende fordeling:

- 16,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 7,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Regionale forskningsetiske komiteer

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) ble vedtatt 5. juni 2008. Det skal utarbeides forskrifter til loven, forvaltningen skal etableres, og loven vil tre i kraft etter 1. juli 2009. Det legges til grunn en årlig utgift på 15,0 mill. kroner til forvaltning av loven, inkludert 1,0 mill. kroner til oppgaver som i dag utføres av Helsedirektoratet. I statsbudsjettet for 2008 ble det bevilget 5,0 mill. kroner til de regionale forskningsetiske komiteene til forberedelse av reformen. For 2009 foreslås det bevilget ytterligere 9,5 mill. kroner til formålet over kap. 271, Universiteter, post 50, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Kunnskapsdepartementet. Av disse foreslås 4,5 mill. kroner flyttet fra basisbevilgningen til regionale helseforetak med følgende fordeling:

- 2,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

I tillegg foreslås det å flytte 0,5 mill. kroner fra Helsedirektoratet, kap. 720, post 01, knyttet til flytting av oppgaver 2. halvår 2009.

Følgeevaluering inntektsfordelingssystemet

Det vises til forslag om nytt inntektsfordelingssystem for regionale helseforetak. Regjeringen ønsker å etablere en «følge med»-evaluering av omleggingen og avsette midler til vedlikehold av systemet, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 21. Det foreslås å flytte 4,0 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 21 med følgende fordeling:

- 2,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,5 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Landsfunksjon for ABC-skader

Helse Sør-Øst RHF er tillagt ansvar for landsfunksjonen for behandling av personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling (abc-skader). I 2008 ble 2,0 mill. kroner flyttet fra henholdsvis kap. 732, post 72, post 73, post 74 og post 75 til kap. 732, post 71 (daværende Helse Øst) til drift av funksjonen. I tillegg ble 3,0 mill. kroner videreført fra kap. 702 Helse- og sosialberedskap til landsfunksjonen. Midlene foreslås videreført over kap. 732, post 72 og over kap. 702, post 70.

Post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 38 579,8 mill. kroner over post 72 til Helse Sør-Øst RHF.

Post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om

helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 13 168,2 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 10 044,6 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 9 012,4 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Innsatsstyrt finansiering er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig effektiv måte. Aktivitetsfinansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Dersom omfanget av pasientbehandling blir lavere enn forutsatt vil de regionale helseforetakene miste inntekter. Kostnadene ved en høyere aktivitet enn forutsatt blir bare delvis kompensert gjennom ISF-systemet. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke alle ekstra kostnader ved økt behandlingskapasitet og heller ikke mer enn anslagsvis 40 pst. av gjennomsnittskostnadene for aktuelle pasientgrupper. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen gjelder for somatisk pasientbehandling, og omfatter pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi, enkelte dagbehandlinger samt somatisk poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen er 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingstkostnader. De øvrige 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet som for tiden omfatter om lag 680 diagnoselaterte grupper (se boks 5.1 for nærmere forklaring av ISF-systemet). Innenfor hver enkelt diagnosegruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige revisjoner av kostnadsvektene skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene. Målsetningen om et mest mulig oppdatert ISF-system kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha et mest mulig

oppdatert system, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være à jour med den medisinsk-tekniske utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å bedre kvaliteten på ISF-systemet.

Kunnskapen om kostnadene ved pasientbehandlinger er for liten. Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for beregning av helsetjenestens kostnader knyttet til hver enkelt pasients kontakt med helsetjenesten. Sintef Helse leverte høsten 2006 rapporten KPP ved norske sykehus. Prinsipper og retningslinjer. Denne rapporten har nå vært på høring. Med utgangspunkt i rapporten og tilbakemeldinger fra høringsrunden skal Helsedirektoratet ferdigstille en nasjonal spesifisering for KPP-beregninger.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt registrering, skal dette avklares med Helsedirektoratet. Avregningsutvalget skal gi råd når det foreligger tvil om den medisinske registreringen (kodingen) som ligger til grunn for utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettet aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av somatisk aktivitet og pasientsammensetning i sykehusene. Det er i alt om lag 680 diagnoserelaterte grupper, poliklinikk inkludert. Grupperingen bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 7300 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet. Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgruppen sammenliknet med gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt på om lag 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på om lag 34 Dette gjelder f.eks. levertransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 34 ganger høyere enn for en gjennomsnittspasient. En kostnadsvekt på 1 tilsvarer 1 DRG-poeng. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetspris i 2009)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng framkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke dersom pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men kan også øke pga. endringer i registreringspraksis uten faktisk endring i aktivitet. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt

sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endret registreringspraksis har gitt betydelig bidrag til økt DRG-indeks, og det har derfor siden ISF-ordningen ble etablert, vært nødvendig å treffe tiltak for at det ikke skal skje urettmessig utbetalinger gjennom ISF-ordningen. Det er etablert en praksis der enhetsprisen settes ned svarende til økt DRG-indeks grunnet endret registreringspraksis.

Resultat 2007

I saldert budsjett 2007 var det lagt til grunn om lag uendret aktivitet fra 2006 til 2007. Foreløpige aktivitetstall for hele 2007 tilsier utbetalinger for 2007 om lag som forutsatt i St.prp. nr. 10 (2007–2008), hvor det på bakgrunn av aktivitetstall for andre tertial 2007 ble bevilget 80 mill. kroner for å dekke opp for den antatt høyere aktiviteten i 2007. Analyser for hele 2007 tilsier at omfanget av endret registreringspraksis er som lagt til grunn ved fastsetting av enhetsprisen og antall DRG-poeng i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2007 i omgrupperingsproposisjonen høsten 2008, inkludert ev. justeringer og avkortinger som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget,

Status 2008

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2008 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 2007 til 2008 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2007, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Foreløpige aktivitetstall for hele 2007 viser at aktivitetsnivået for 2007 er om lag som tidligere lagt til grunn i budsjettet for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Dette innebærer at budsjettet for 2008 legger til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. på nasjonalt nivå, også når aktivitetstall for hele 2007 legges til grunn. En prognose for hele 2008 basert på aktivitetstall for første tertial, gir en aktivitetsvekst på om lag 1,2 pst ut over budsjettforutsetningene på 1,5 pst. Eventuelle budsjettkonsekvenser av endringer i DRG-systemet, analyser av registreringsendringer og behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, vil på vanlig måte bli håndtert i den endelige avregningen for 2008.

Fra 2008 inngår poliklinisk behandling av pasienter med somatiske lidelser i ISF-ordningen. Formålet med utvidelsen av ISF-ordningen er å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag kan oppdateres i forhold til poliklinisk utredning og behandling. I tillegg vil endringene legge til rette for en tettere oppfølging og kontroll av aktiviteten på poliklinikkene. Omleggingen er gjennomført etter planen. Det er fortsatt noen utfordringer knyttet til kvaliteten på innrapporterte aktivitetsdata, som Helsedirektoratet følger opp.

Budsjettforslag 2009

For 2009 foreslås det bevilget 18 721,3 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2009 som ligger 1,5 pst. over anslått nivå for 2008. Dette er en prognose basert på aktivitet i første tertial 2008, og det er dette nivået som skal videreføres og økes 1,5 pst. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2009 foreslås satt til 35 127 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 4,4 pst. fra 2008 til 2009. I tillegg er enhetsprisen oppjustert med ytterligere 0,5 pst. for å kompensere for reduksjon i antall DRG-poeng som følge av systemomlegging i 2008. Enhetsprisen for 2007 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 5.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 0,5 pst., som er anslått effekt av endret registreringspraksis i 2009. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det

som her er lagt til grunn for enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2009.

Det legges opp til egen enhetspris for ISF-poliklinikk også i 2009. Dette for å sikre kontroll med innføringen av denne nye finansieringsløsningen i ISF. Det pågår fortsatt et arbeid med å videreutvikle poliklinikk-løsningen og en vil derfor følge ordningen spesielt opp. I 2009 vil en arbeide videre med å utvikle en fullintegrert ISF-løsning for både døgn-, dag- og poliklinisk behandling.

ISF-finansiering av somatiske poliklinikker fra 2008 – etterslepskorreksjon i 2009

I forbindelse med omleggingen er det holdt tilbake midler på kap. 732, post 77 for å dekke regnskapsmessig etterslep for 2007 på posten. Etterslepet er beregnet til å utgjøre 1 ½ måned av a konto utbetalingene i 2008 på 1304 mill. kroner for aktuell aktivitet, dvs. 186 mill. kroner. Et tilsvarende prisjustert beløp må overføres fra kap. 732, post 77 til kap. 732, post 76 i 2009-budsjettet, dvs. 194,2 mill. kroner.

Sykestuefinansiering

Det legges i 2008 til rette for å etablere en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark fra 1. januar 2009. Helse Finnmark HF har spesielle utfordringer med lange reiseavstander til sykehus fra mange kommuner. Hensikten med forsøksordningen er å prøve ut en modell der kommuner som ivaretar en funksjon for spesialisthelsetjeneste får deler av sin finansiering som et aktivitetsavhengig tilskudd. DRG-systemet er for omfattende å implementere på kort sikt i sykestuene. I forsøksperioden legges det derfor opp til en enklere tilpasset den virksomheten som utføres ved sykestuene. Aktuelle pasientgrupper som får et tilbud ved sykestuene er geriatriske pasienter, pasienter med kreftsykdom, pasienter med annen kronisk sykdom og pasienter med enklere akutttilstander. Dette er pasienter som ellers ville bli lagt inn på sykehus. Forsøksordningen vil bygge på forpliktende samarbeidsavtaler mellom Helse Finnmark HF og kommunene der krav til faglighet, kompetanseutveksling, ansvarslinjer, aktivitetsnivå og finansielle forutsetninger er definert. Det legges opp til at forsøksordningen kan pågå i inntil to år, med mulighet for evalueringer og justeringer i løpet av forsøksperioden.

Ambulerende team

I visse sammenhenger er det hensiktsmessig at personell fra den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten gjennomfører helsehjelp der pasienten bor eller oppholder seg for en lengre periode, inkludert sykehjem. Dette kan f.eks. være aktuelt for pasienter med langtkommen kronisk sykdom, pasienter med store funksjonshemninger, eller kreftpasienter i palliativ fase. Oppfølging vedrørende spesielt medisinsk behandlingsutstyr som pasienten er avhengig av å bruke i eget hjem kan også nødvendiggjøre hjemmebesøk. ISF-ordningen vil fra 2009 endres slik at helsehjelp som utføres utenfor sykehus i større grad vil være omfattet. Endringer gjøres også med tanke på bedret rapportering av slik aktivitet, slik at det oppnås grunnlag for sammenlikning i tjenestetilbud på tvers av regioner.

Legemiddelfinansiering

De regionale helseforetakene har finansieringsansvaret for visse typer medikamentell behandling som pasienten administrerer selv i eget hjem, men der behandling og oppfølgingsansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten. De aktuelle legemidlene gjelder behandling mot bl.a. multipel sklerose, revmatiske sykdommer, inflammatoriske tarmsykdom og psoriasis. Et fellestrekk for legemidlene er at de

er kostbare og at det eksisterer medikamentelle terapialternativer som forutsetter innleggelse eller poliklinisk behandling i sykehus. Det foreslås at ISF-ordningen utvikles slik at helsehjelp i form av behandling med de aktuelle legemidlene omfattes. Dette gjøres hovedsakelig for å redusere potensiell vriddningseffekt i retning av de alternative behandlingsformene som krever oppmøte i sykehus og som er omfattet av ISF-ordningen. Som følge av omleggingen er det flyttet 473,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732, postene 72–75) til ISF-ordningen. Trekket i basisbevilgningen er fordelt med 244,0 mill. kroner i Helse Sør-Øst RHF, 98,0 mill. kroner i Helse Vest RHF, 65,8 mill. kroner i Helse Midt-Norge RHF og 65,7 mill. kroner i Helse Nord RHF.

Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet.

Resultat 2007

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,8 pst. Takstene ble fra 1. januar 2007 redusert tilsvarende 90 mill. kroner, fordelt med 10 pst. innen laboratorievirksomhet og 5 pst. innen radiologi. Egenandelen for poliklinisk behandling økte med 5 pst. fra 1. juli 2007. Dette svarte til en justering på 2,5 pst. for året. Økningen ble anslått å svare til en merinntekt på 30 mill. kroner og takstene innen somatikk og voksenpsykiatri ble redusert tilsvarende. Det ble innført fritak for egenandel ved ambulante tjenester for rusmiddelavhengige utført av team.

Det er beregnet en aktivitetsvekst, dvs. en vekst i utgifter fra 2006 til 2007, korrigert for tiltaks- og priseffekter på vel 6 pst.

Tabell 5.13 Regnskapsførte utgifter til poliklinisk virksomhet (i løpende mill. kroner)

Spesialitet	2004	2005	2006	2007
Somatikk	1 544	1 514	1 564	1564
Psykisk helsevern voksne	297	307	327	348
Psykisk helsevern barn og unge	244	271	298	321
Laboratorium	1 128	1 217	801	830
Radiologi	476	413	270	269
Totalt	3 689	3 721	3 258	3 332

Tallene indikerer kun regnskapsførte utgifter, endring i refusjonsbeløp for takstene må tas i betraktning for en helhetlig vurdering av utgiftsnivået

Status 2008

Fra og med 1. januar 2008 inngår aktivitetsbasert finansiering av somatisk poliklinisk virksomhet i ordningen innsattsstyrt finansiering. Det vises til omtale under kap. 732, post 76. Refusjonstakstene innen psykisk helsevern og rusbehandling ble prisjustert med 4,3 pst. fra 1. januar 2008.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004), Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), foreslo departementet å redusere takstene og øke basisbevilgningen til regionale helseforetak for å gi regionale helseforetak økt ansvar og bedre muligheter for å planlegge det totale offentlige og private tilbud av laboratorie- og røntgentjenester i sin region. Omleggingen ble påbegynt i 2005.

Departementet har lagt til grunn at aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre om lag 40 pst. av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. Fra 1. januar 2008 ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 196,8 mill. kroner, og takstene til laboratorie- og røntgenvirksomhet ble redusert tilsvarende.

Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2008, er samlede utbetalinger i 2008 anslått til 2 115 mill. kroner. Dette er 83 mill. kroner over saldert budsjett 2008. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 4 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 6 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, 7 pst. innenfor radiologisk virksomhet og 8 pst. innenfor offentlig laborativ virksomhet. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om eventuelle tilleggsbevilgninger for 2008.

Budsjettforslag 2009

Det foreslås bevilget 2 042 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2009. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre den høye aktiviteten i 2008 og en ytterligere vekst på 1,5 pst. utover anslått nivå i 2008 basert på regnskapstall fra juni 2008. Egenandelene til legehjelp foreslås økt med 5 pst. fra 1. juli 2009, tilsvarende en prisjustering på 2,5 pst. på årsbasis. Økningen anslås å svare til en merinntekt på 7 mill. kroner. Det vises også til forslaget om å øke pasientgebyret ved manglende frammøte poliklinikk/avbestilling fra 1. januar 2009, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Tilskuddet består av to deler:

- Tilskudd til forskning skal være et insentiv og økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet fordeles basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompetansespredning og veiledning. Kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud. Helsedirektoratet ivaretar forvaltningsoppgaver og gir faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

Resultat 2007

Samlet bevilgning på posten var 747,5 mill. kroner i 2007. Tilskudd til forskning utgjorde 408,6 mill. kroner. Det ble registrert 2373 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2006 (av totalt 7390 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter) og rapportert inn

151 avlagte doktorgrader, en økning med 21 fra året før. Av artiklene publisert i internasjonale tidsskrifter hadde 40 pst. medforfattere i utlandet. For å styrke internasjonalt forskningssamarbeid ytterligere ble det fra 2007 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere.

Det ble i 2007 bevilget 338,8 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten, herunder 178,5 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og 2,0 mill. kroner til regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Dette inkluderte flytting av 65,3 mill. kroner fra kap. 732, post 70 for drift av Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme samt 2,6 mill. kroner fra kap. 743, post 70 for å understøtte etablering av et felles kompetansenettverk for hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.

Status 2008

Samlet bevilgning på posten er på 783,1 mill. kroner i 2008. Tilskudd til forskning utgjør 426,2 mill. kroner, herav ble 40 pst. tildelt som basistilskudd og 60 pst. fordelt mellom de regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2004–2006. Det er målt endringer ved bruk av tre års gjennomsnitt for poengberegningen, jf. tabell 5.14.

Tabell 5.14 Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Helseregion	Måleresultat 2005–2007		Måleresultat ¹ 2004–2006	Måleresultat 2003–2005	Måleresultat 2002–2004	Måleresultat 2001–2003
Helse Sør-Øst RHF	1484,3 (60,8 %)	Helse Øst	520,5 (22,0 %)	508,8 (20,6 %)	487,1 (20,5 %)	470,1 (20,8 %)
		Helse Sør	944,7 (39,9 %)	1040,0 (42,1 %)	978,4 (41,2 %)	917,9 (40,7 %)
Helse Vest RHF	545,3 (22,3 %)		525,0 (22,2 %)	536,0 (21,7 %)	497,6 (21,0 %)	463,7 (20,5 %)
Helse Midt-Norge RHF	233,8 (9,5 %)		220,7 (9,3 %)	228,4 (9,2 %)	254,1 (10,7 %)	249,8 (11,1 %)
Helse Nord RHF	182,5 (7,4 %)		155,6 (6,6 %)	158,0 (6,4 %)	154,7 (6,5 %)	155,1 (6,9 %)
Totalt	2445,9 (100 %)		2366,4 (100 %)	2471,2 (100 %)	2371,9 (100 %)	2256,6 (100 %)

¹ Kvalitetssikrede tall, avviker noe fra tallene som ble presentert i St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Det registreres i dag forskningsaktivitet i form av publiserte artikler og/eller avlagte doktorgrader ved helseforetak og institusjoner som omfattes av målesystemet. Alle helseforetak rapporterer forskningsresultater. Antall artikkelpoeng økte med om lag 11 pst. fra 2006. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter har 45 pst. medforfattere i utlandet, en økning på 5 pst. poeng fra året før. Det ble avlagt 178 doktorgrader i 2007, en økning på 25 fra 2006. Av disse hadde 58 pst. medisinskfaglig bakgrunn (cand. med. mv.), 23 pst. matematisk-naturvitenskapelig bakgrunn (cand. scient. mv.) og 19 pst. annen fagbakgrunn (cand. Psychol., cand. Polit., sykepleie mv.). For en ytterligere omtale av forskning i helseforetakene vises det til avsnittet Plan og melding fra de regionale helseforetak.

Av årets bevilgning på posten, går 356,9 mill. kroner til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten. Herav tildeles 202,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 154,7 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompetansesentra, jf. rundskriv I-19/2003. Det ble flyttet 3,5 mill. kroner fra kap. 761, post 61 til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Helse Sør-Øst RHF slik at en kunne videreføre virksomheten i det avsluttede prosjektet Aldring hos mennesker med utviklingshemming.

Budsjettforslag 2009

Det foreslås å bevilge 832,3 mill. kroner på posten i 2009. Tilskudd til forskning er prisjustert og utgjør 445 mill. kroner. 60 pst. av tilskuddet, dvs. 267 mill. kroner, fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2005–2007. 40 pst., dvs. 178 mill. kroner, tildeles i basistilskudd. Basistilskuddet skal sikre basisfunksjoner i alle regionale helseforetak, og har vært fordelt likt mellom de regionale helseforetakene fram til 2007. For å sikre forutsigbarhet i forskningsfinansieringen, ble tidligere basistilskudd til henholdsvis Helse Øst RHF og Helse Sør RHF videreført til Helse Sør-Øst RHF i 2008. Departementet varslet samtidig å vurdere behovet for en justering av den relative fordelingen av basistilskuddet mellom de fire regionale helseforetakene.

I NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget) er det foreslått å justere dagens tilskudd til forskning gjennom å redusere andelen basistilskudd fra 40 til 30 pst. og øke det resultatbaserte tilskuddet til 70 pst. Utvalget foreslår også at departementet særskilt vurderer omfanget av medisinskfaglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling. Utvalget foreslår videre at utredningen bør inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten.

Departementet vil gjennomføre en evaluering av dagens tilskudd og finansieringsmodell for forskning i helseforetakene, herunder følge opp forslaget i NOU 2008: 2 om å vurdere omfanget av finansieringen av forskning i helseforetakene. På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre basistilskuddet til forskning til Helse Sør-Øst RHF uten endringer også i 2009.

Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra er prisjustert og utgjør 387,3 mill. kroner. Herav tildeles 174,1 mill. kroner til drift av nasjonale medisinske kompetansesentra (jf. rundskriv I-19/2003) og 213,2 mill. kroner til drift av Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme. Beløpet inkluderer forslag om å flytte 14,7 mill. kroner fra kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern til Tilskudd til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst

RHF under kap. 732, post 78. Av dette, foreslås det bevilget 12,6 mill. kroner til drift av Landsfunksjon for døve unge og voksne med psykiske lidelser ved Aker universitetssykehus HF, inkludert kompetansesenteroppgaver, som ble etablert høsten 2008 og 2,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourette Syndrom og Narkolepsi (NK) for drift av Nasjonalt kompetansenettverk for ADHD.

Tabell 5.15 Fordeling av tilskuddet til forskning og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten på de regionale helseforetak (i mill. kr)

		Forskning		Nasjonale kompetansesentre	Totalt
	Basis	Resultat ¹	Sum		
Helse Sør-Øst RHF	71,2	162,3	233,5	277,2 ²	510,7
Helse Vest RHF	35,6	59,5	95,1	36,6 ³	131,7
Helse Midt-Norge RHF	35,6	25,4	61,0	31,7 ⁴	92,7
Helse Nord RHF	35,6	19,8	55,4	41,8 ⁵	97,0
Sum	178	267	445	387,3	832,3

¹ Forskningsresultater for perioden 2005–2007 ligger til grunn for fordeling av midler i 2009. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

² Herav 84,1 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 193,1 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv. Beløpet inkluderer overføring av 12,6 mill. kroner til Landsfunksjon for døve med psykiske lidelser og 2,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourette syndrom og Narkolepsi (NK) for drift av Nasjonalt kompetansenettverk for AD/HD.

³ Herav 28,1 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 8,5 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

⁴ Herav 29,0 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 2,7 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

⁵ Herav 32,9 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 8,9 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

Post 79 Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte

Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007), er ordningen tilskudd til helse- og

rehabiliteringstjenester for sykmeldte etablert. Formålet med ordningen er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Det legges til grunn at også delvis sykmeldte kan inngå i målgruppen. Videre omfatter ordningen arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldte om de ikke ble omfattet av ordningen og de som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys.

Resultat 2007

For 2007 ble det samlet bevilget 604 mill. kroner til dette formålet, hvorav 439 mill. kroner ble stilt til rådighet til tiltak i regi av regionale helseforetak.

I ordningens første fase ble det satt i gang en behovskartlegging av målgruppen i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og fastlegene. Behovskartleggingen viste at det er størst behov for tilbud til personer med sammensatte og uspesifikke sykdomsbilder. Mange sykmeldte har sammensatte symptom bilder, og det kan være vanskelig å skille mellom fysiske og psykologiske symptomer. Vurderingene av i hvilken grad slike forhold påvirker sykdomsfølelsen og nedsatt funksjon i arbeidsforholdet er også vanskelig. Det har derfor vært viktig å opprette tverrfaglige og tverrspesialiserte poliklinikker for å vurdere innkomne henvisninger, og for å gi en kvalifisert vurdering av hvordan videre behandling og oppfølging bør skje.

Gjennom bruk av anbudsprosesser har de regionale helseforetakene bl.a. inngått avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner innen helserettet rehabilitering. Totalt ble 8540 pasienter henvist til ordningen innen helsetjenesten i 2007. Det ble rapportert 2550 døgn- og dagbehandlinger, 613 døgnopphold og 1936 dagbehandlinger. 2166 av oppholdene var ved offentlige sykehus og 383 ved private sykehus. I tillegg ble det utført 6750 polikliniske konsultasjoner og 750 opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner. De midlene de regionale helseforetakene ikke har benyttet i 2007, fordi ordningen kom sent i gang, er overført til 2008.

Status 2008

Det ble avsatt totalt 742 mill. kroner til ordningen i St.prp. nr. 1 (2007–2008), hvorav 458 mill. kroner til tiltak i regi av de regionale helseforetakene. Ved behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det bevilget ytterligere 44 mill. kroner over posten, herunder 20 mill. kroner til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelinger og 24 mill. kroner til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å planlegge og etablere et rehabiliteringstilbud ved Hysnes helsefor i Rissa kommune. Rehabiliteringstilbudet skal innrettes mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid.

Mer enn 14 200 pasienter er henvist til spesialisthelsetjenesten ved utgangen av juli måned. Det er henvist mellom 2000 og 3000 pasienter hver måned de fem første månedene, i sommermånedene er det henvist et noe lavere antall. Mellom 70 og 80 pst. av de henviste har muskel- og skjelettlidelser. Helseforetakenes prognoser er at om lag 50 pst. av midlene i 2008 benyttes til kjøp hos private tilbydere.

Budsjettforslag 2009

For 2009 er rammen til ordningen på 775,5 mill. kroner. 484,0 mill. kroner foreslås stilt til disposisjon for Helse- og omsorgsdepartementet. Forslaget innebærer en reduksjon på 20 mill. kroner sammenliknet med 2008 for å kunne styrke systemrettede IA-tiltak i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 20

mill. kroner til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene, jf. Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), videreføres i 2009. Fordelingen av midlene er drøftet med partene i arbeidslivet.

En vellykket gjennomføring av ordningen avhenger av god nasjonal oppfølging og et godt informasjonsarbeid overfor aktuelle aktører som arbeidsgivere, sykmeldte, fastleger og andre sykmeldende behandlere. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at midlene fordeles med 478,0 mill. kroner til de regionale helseforetakene under kap. 732, post 79 og 6 mill. kroner til informasjonstiltak og nasjonal koordinering og oppfølging av ordningen under kap. 720, post 01 og kap. 728, post 21.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt å gi totalt 4,5 mrd. kroner i investeringstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Tilskuddet utbetales årlig i takt med utbyggingene. Investeringstilskuddet kommer i tillegg til midler som tildeles gjennom basisbevilgningen. I utbyggingsperioden skal prosjektene finansieres gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (basistilskudd), investeringstilskudd og om nødvendig låneopptak.

Det er det respektive helseforetak som skal stå for styring og oppfølging av investeringsprosjektene, innenfor de premisser som følger av Stortingets vedtak.

Nye Ahus

Tidligere Helse Øst RHF ga sin tilslutning til å sette i gang prosjektet høsten 2003. Utbyggingen startet våren 2004. Det er planlagt full klinisk drift fra høsten 2008. Utbyggingsprosjektet er i rute både med hensyn til kostnads- og framdriftsplaner. Departementets samlede bidrag/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 2,6 mrd. 2004-kroner.

I 2007 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 954 mill. kroner. I 2008 vil det bli utbetalt 404 mill. kroner i investeringstilskudd til dette prosjektet.

Selv om hoveddelen av nye Ahus er ferdigstilt oktober 2008, gjenstår en del arbeid før totalprosjektet er ferdig. Det vil derfor også bli utbetalt investeringstilskudd til prosjektet i 2009 og 2010.

Fase 2 Ny universitetsklinikk i Trondheim (Nye St. Olavs Hospital)

Departementets bidrag til gjennomføring av fase 2 på 1,24 mrd. kroner ble klargjort allerede høsten 2003. Dette bidraget, sammen med årlige bevilgninger, utgjorde dermed samlede rammebetingelser for regionens håndtering av prosjektet. Det ble videre lagt til grunn at eventuelle merkostnader ville være et anliggende for det regionale helseforetaket. Høsten 2005 var det dialog mellom Helse Midt-Norge RHF og departementet vedrørende Helse Midt-Norge RHF sin håndtering av de økonomiske belastninger knyttet til St. Olavs prosjektet. Det framkom at å gjennomføre prosjektet innenfor gitte rammebetingelser ville være meget krevende. I foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF i desember 2005 ble det lagt til grunn at regjeringen i løpet av inneværende stortingsperiode ville foreslå en økning i de årlige, samlede bevilgningene til Helse Midt-Norge RHF på 140 mill. 2005-kroner. Denne bevilgningsøkningen la til rette for videreføring og realisering av Nye St. Olavs fase 2. Bevilgningsøkningen ble gjennomført i 2008, hvor rammene til Helse Midt-Norge RHF ble økt med 229 mill. kroner til gjenanskaffelse og vedlikehold av bygg og utstyr.

Styret i Helse Midt-Norge RHF ga i mars 2006 sin tilslutning til gjennomføring av byggefase 2. Byggearbeidene for tre av de kliniske sentrene i fase 2 var da allerede startet. Kostnadsrammen på P50 pst.-nivå er satt til 6298 mill. 2004-kroner. Som grunnlag for å håndtere økte kostnader når prosjektet sto ferdig la Helse Midt-Norge RHF, i tillegg til investeringstilskudd og den lovede bevilgningsøkning, også til grunn en besparelse i driften på årlig 150 mill. kroner når byggeprosjektet sto ferdig.

Det er synliggjort usikkerhet knyttet til regionens håndtering av kostnadene når hoveddelen av fase 2 er ferdigstilt i 2009/10. Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksmøte i februar 2007 pålagt å gjennomgå fase 2, med hensikt både å redusere investeringsomfanget og vurdere framtidig driftsøkonomi når fase 2 tas i bruk. Gjennomgangen ga ingen tilfresstillende løsninger på kravene som ble stilt i foretaksmøtet. I foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF i januar 2008 ble det stilt krav om å utarbeide et langtidsbudsjett som kunne vise hvordan kostnader ved Nye St. Olavs Hospital vil bli håndtert innenfor Helse Midt-Norge RHF sine økonomiske rammer. I utarbeidet langtidsbudsjett kommer det fram at tidligere forutsetninger om besparelser i driften ved St. Olavs Hospital HF vanskelig vil kunne oppnås. Helse Midt-Norge RHF har dermed fortsatt en stor utfordring når det gjelder å håndtere det framtidige kostnadsnivået på St. Olavs Hospital HF.

I 2007 utgjorde departementets tilskudd til byggeprosjektet 294 mill. kroner. I 2008 vil det utbetales 412 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet

Styret i det tidligere Helse Sør RHF ga i januar 2004 sin tilslutning til utbyggingsprosjektet. Utbyggingen startet i 2005 og forskningsbygget skulle etter planen tas i bruk primo 2009. Utbyggingsprosjektet er i rute med hensyn til kostnadsrammen, og bygget forventes ferdigstilt 2. kvartal 2009. Departementets samlede bidrag/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 640 mill. 2004-kroner.

I 2007 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 169 mill. kroner. I 2008 vil det bli utbetalt 243 mill. kroner i investeringstilskudd til dette prosjektet.

Budsjettforslag 2009

For 2009 foreslås det bevilget 652,5 mill. kroner i samlet investeringstilskudd til de tre utbyggingsprosjektene, med følgende fordeling.

- Nye Ahus: 218,5 mill. kroner
- Forskningsbygg: 110,1 mill. kroner
- Nye St. Olavs Hospital: 324,0 mill. kroner

Universitetsdelen av Nye St. Olavs Hospital finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjetter (kap. 281, post 79), der det for 2009 foreslås bevilget 287,1 mill. kroner til formålet.

Post 82 Investeringslån

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen, som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2008 bevilges lån som en ordinær tilskuddspost til spesifikke igangsatte prosjekter. Generelt gjelder at regionale helseforetak nå skal planlegge framdriften av nye investeringsprosjekter innenfor de rammer som ligger i basisbevilgningen.

Resultat 2007

De regionale helseforetakenes samlede låneopptak i 2007 var 2,4 mrd. kroner. Ved utgangen av 2007 utgjorde totalt låneopptak om lag 12,1 mrd. kroner. Av dette er 6,4 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 5,7 mrd. kroner er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. Tabell 5.16 viser lån fordelt per regionalt helseforetak:

Tabell 5.16 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2007 fordelt på de regionale helseforetakene

	2006	2007			(i mill. kr)
Regionale helseforetak	Lånesaldo per 31.12.06	Fordelt låneramme	Påløpte byggelånsrente r jf. kap. 732, post 91	Innbetalt e avdrag jf. kap. 3732, post 90	Lånesaldo per 31.12.07
Helse Sør-Øst RHF	5 369,3	1 342,0	149,0	-168,0	6 692,3
Helse Vest RHF	1 611,3	479,0	34,4	-53,6	2 071,1
Helse Midt-Norge RHF	1 878,0	389,7	10,6	-92,0	2 186,2
Helse Nord RHF	1 016,2	194,7	11,7	-26,1	1 196,5
Sum	9 874,7	2 405,4	205,7	-339,7	12 146,1

Status 2008

Lånerammen for 2008 utgjør 1,77 mrd. kroner. Bevilgningen skal sikre fortsatt framdrift ved Nye Ahus, forskningsbygg ved Radiumhospitalet, ombygging og modernisering ved Haukeland sykehus, Nye St. Olavs Hospital samt investeringsprosjekter over psykiatriplanen. Videre sikrer lånerammen igangsetting av sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello) og ombygging og modernisering ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Budsjettforslag 2009

For å sikre framdrift av tidligere vedtatte prosjekter foreslås lånerammen for investeringslån for 2009 satt til 1075,8 mill. kroner. Budsjettforslaget bygger på innmeldte likviditetsbehov for gjennomføring av investeringsprosjekter som gis lånefinansiering. For 2009 gjelder dette ombygging og moderniseringer ved Haukeland og Nordlandssykehuset i Bodø, Nye St. Olavs Hospital og nytt sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).

Sistnevnte prosjekt ble tildelt en ekstraordinær låneramme i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), hvor total låneramme til dette prosjektet ble satt til 110 mill. kroner. De siste 60 mill. kroner utbetales i 2009.

Når det gjelder ombygging og modernisering ved Nordlandssykehuset i Bodø, vedtok styret i Helse Nord RHF i mars 2008 igangsetting av dette prosjektet. Styret understreket i sitt vedtak at økonomisk balanse i driften av Nordlandssykehuset HF var en nødvendig forutsetning for å gjennomføre denne investeringen. Det er Helse Nord RHF som har ansvar for å gjennomføre prosjektet innenfor fastsatte rammer og å håndtere økte kostnader når bygget står ferdig.

Helse Nord RHF har planlagt å finansiere utbyggingen med om lag 50 pst. låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, tilsvarende 1328 mill. 2008-kroner. Departementet er bekymret over den økonomiske situasjonen i Helse Nord. Skal helseregionen klare å håndtere økte kostnader når bygget står ferdig må Helse Nord RHF ha balanse i økonomien, slik styret i Helse Nord RHF understreket i sitt vedtak. Som følge av dette vil departementet, fram til Helse Nord RHF oppnår balanse i driften, legge til grunn at regionen legger inn større andel egenfinansiering av prosjektet på bekostning av andre investeringer i regionen. Dette for å redusere framtidige rentekostnader.

Det foreslås dermed at det settes av en øvre grense tilsvarende 1328 mill. 2008-kroner for låneopptak som utbetales i perioden 2008 til 2016. Dette beløpet vil bli indeksregulert i tråd med basisrammen til de regionale helseforetak.

Opptreksrenter, avdrag og innbetalte rentekostnader

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt de regionale helseforetakenes låneporteføljer. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjetter (kap. 5605, post 84). Endringer i låneordningen fra 2008 innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt for lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor.

Som følge av at Ahus ferdigstilles er det ventet at det i 2008 vil være en betydelig konvertering fra byggelån til serielån, slik at samlede serielån øker. Dette påvirker de tekniske lånepostene ved at nivået på budsjetterte opptreksrenter reduseres, mens avdrag og innbetalte rentekostnader øker betraktelig, jf. endringer i postene opptreksrenter i kap. 732, post 83 og 91 samt avdrag og renter på investeringslån i kap. 3732, post 80, 81 og 90.

Post 83 Opptreksrenter for lån fom. 2008

Denne posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tar opp fra og med 2008.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget hatt adgang til å ta opp driftskreditter hos sin private bankforbindelse. Driftskreditter har vært gitt for at de regionale helseforetakene skal kunne håndtere kortsiktige svingninger i likviditetsbehovet knyttet til drift. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele fastsatt driftskredittramme mellom de regionale helseforetakene. Regjeringen foreslår som en del av opplegget for håndtering av pensjonskostnader at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditter i staten i 2009. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker.

Rammen for driftskreditter til de regionale helseforetakene foreslås fra 2009 bevilget på kap. 732, ny post 86. Det foreslås samtidig opprettet en ny inntektspost under kap. 3732, post 86, for inntektsføring av reduksjoner i driftskreditrammen. Renter på denne ordningen føres på Finansdepartementets budsjetter (kap. 5605, post 84). Det vises til omtale av pensjonskostnader under kap. 732, post 72–75, kap. 3732, post 86, og i St.prp. nr. 1 (2008–2009) Statsbudsjettet (Gul bok).

I 2006 og 2007 var driftskreditrammen satt til 6,5 mrd. kroner. Ved utgangen av 2007 var det gjort bruk av driftskreditter på til sammen 5,8 mrd. kroner. Den øvre rammen for driftskreditter ble økt til 7,3 mrd. kroner i 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Bruk av driftskreditter varierer gjennom året og mellom helseforetak. Samtidig har utviklingen fra år til år vist en stadig økende bruk av driftskreditt. De regionale helseforetakene har gjennom flere år hatt merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Videre er den likviditetsmessige effekten ved årlige underskudd finansiert med driftskreditter. Disse forholdene har ført til at de regionale helseforetakenes likviditetssituasjon er blitt betydelig strammere i 2008.

For at helseforetakene skal kunne nedbetale driftskredittene i private banker, foreslås det at det bevilges 7,3 mrd. kroner i 2009, tilsvarende driftskreditrammen for 2008 i private banker. Ved denne bevilgningen til driftskreditt opprettes det en statlig driftskredittordning i Norges Bank. Innenfor bevilgningen på 7,3 mrd. kroner vil det i foretaksmøter i januar bli stilt krav til at de regionale helseforetakene skal nedbetale hele sin driftskreditt i private banker, som ved det gjøres om til driftskreditt i staten. Som følge av behandlingen av pensjonskostnader og krav om at overskuddslikviditet skal gå til nedbetaling av driftskreditter, vil det i foretaksmøter i januar også bli stilt krav til at de regionale helseforetakene skal nedbetale 1,3 mrd. kroner i driftskreditt i staten. Denne nedbetalingen innebærer at driftskreditrammen settes ned 1,3 mrd. kroner, som inntektsføres under kap. 3272, post 86. Dette innebærer at samlet driftskreditt i Norges Bank maksimalt kan være 6 mrd. kroner ved utgangen av 2009, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 1.

«Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 kan gi de regionale helseforetakene inntil 7,3 mrd. kroner i driftskreditt, men slik at utestående lån ved utgangen av 2009 ikke skal overstige 6 mrd. kroner.»

Likviditetssituasjonen vil være stram i 2009, og departementet vil derfor følge situasjonen nøye.

Post 91 Opptreksrenter for lån tom. 2007

Denne posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale ovenfor. I 2007 utgjorde samlede opptreksrenter 205,7 mill. kroner, se tabell 5.16.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
80	Renter på investeringslån	271 935	350 000	540 000

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
85	Avdrag på investeringslån fom. 2008			25 000
86	Driftskreditter			1 300 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	339 678	400 000	615 000
	Sum kap. 3732	611 613	750 000	2 480 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på denne posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2007 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 271,9 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene, med fordeling som i tabell 5.17.

Tabell 5.17 Fordeling innbetalte renter på serielån 2007.

	(i mill. kr)
Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serielån
Helse Sør-Øst RHF	127,7
Helse Vest RHF	39,5
Helse Midt-Norge RHF	78,1
Helse Nord RHF	26,6
Sum	271,9

Post 81 Avdrag på investeringslån fom. 2008

Endringer i låneordningen fra 2008 innebærer at budsjetteringen av avdrag blir delt for lån tatt opp før og etter 2008, jf. også post 90.

Denne posten omfatter avdragsinnbetalinger fra regionale helseforetak på lån tatt opp fra og med 2008.

Post 86 Driftskreditter

Det vises til omtale under kap.732, post 86. Som ledd i omleggingen foreslås det opprettet en ny inntekstpost under kap. 3732, post 86, for inntektsføring i forbindelse med nedsettelse av driftskredittrammen.

I 2009 vil forslaget til håndtering av pensjoner innebære at det kan stilles krav om nedbetaling av driftskreditter med et beløp på 1,3 mrd. kroner. Dette har bakgrunn i at anslaget for pensjonspremien er lavere enn anslaget for pensjonskostnaden. Dette gir et forventet likviditetsoverskudd som skal gå til å nedbetale driftskreditt med påfølgende nedsettelse av driftskredittrammen.

Post 90 Avdrag på investeringslån tom 2007

Posten dekker avdragsinnbetalinger fra regionale helseforetak på lån tatt opp før 2008. I 2007 betalte de regionale helseforetakene 339,7 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell 5.16 for fordeling av avdrag per regionale helseforetak.

Kap. 737 Kreftregisteret

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Tilskudd	80 353	83 808	87 496
	Sum kap. 737	80 353	83 808	87 496

Kreftregisteret, Institutt for befolkningsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften. Kreftregisteret er en enhet i Rikshospitalet HF, underlagt Helse Sør-Øst RHF.

Departementet har mottatt årsrapport fra Kreftregisteret for bruk av midlene i 2007. Det ble bevilget 80,4 mill. kroner til Kreftregisteret i 2007 til drift av virksomhet. Denne omfatter registrering, forskning, rådgivnings- og informasjonsvirksomhet. Regnskapet for 2007 omfatter denne tildelingen samt ekstern finansiering.

Registrering

Over 98 pst. av alle kreftdiagnoser er registrert i Kreftregisteret. Brystkreftprøver i mammografiprogrammet og livmorhalsprøver i og utenfor cervixprogrammet er 100 pst. rapportert. Det samme gjelder prøver i Norccap 1-prosjektet. Registreringen er dermed i tråd med målsettingen om registerets komplettethet.

Oppmøtetallene for mammografiprogrammet er 77 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 80 pst., og for Norccap om lag 65 pst. Dette er gode resultater, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv, men det er likevel satt i gang tiltak for å ytterligere forbedre andelen oppmøtte. Kvalitetsregistre for ulike krefttyper er etablert på tykk-endetarmskreft, prostatakreft, føflekkreft, familiær adenomatøs polypose, eggstokkreft, lungekreft (kirurgisk behandlede pasienter) og barnekreft (Nopho, Nordisk barnekreftregister). Det arbeides med etablering av kvalitetsregistre for brystkreft, lymfekreft, blodkreft, hjernesvulster, barnekreft, lungekreft og gynekologisk kreft (utvidelse av eggstokkreftregisteret). Målet

er, som første land i verden, å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon og utfall innenfor kreftsykdom. Innledende prosjekter for elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Kreftregisteret er gjennomført i 2003–2004 og er videreført i prosjektet «Kreftregisterets elektroniske meldetjeneste» i 2006–2008.

Forskning

Ved årsskiftet 2007/2008 driftet Kreftregisteret 95 forskningsprosjekter og deltok i 25 prosjekter hvor hovedansvaret lå utenfor instituttet. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid.

Forskningen er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning (kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling) og i noen grad grunnforskning. Seks doktorgradsarbeider utgikk fra Kreftregisteret i 2005. Ansatte i Kreftregisteret bidro til 103 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter. I tillegg har Kreftregisteret publisert seks vitenskapelige rapporter og medvirket til ytterligere to i samarbeid med andre institusjoner.

Rådgivning og informasjon

Heftet Cancer in Norway 2006 ble publisert på nett i 2007 og på papir i januar 2008. Heftet inneholder informasjon om forekomst og innsidens av ulike kreftformer. I tillegg ivaretas en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom foredrag, besvarelser av enkelthenvendelser om kreft og gjennom en hjemmeside (www.kreftregisteret.no).

Budsjettforslag 2009

Kreftregisteret vil fortsette sitt arbeid innenfor registrering, forskning og rådgivning og informasjon. Særsilt fokus i 2009 vil være å etablere diagnose-, behandlings- og oppfølgingsregistre (kvalitetsregistre) for alle kreftformer. Etableringen av et enhetlig IT-system som skal håndtere elektronisk overføring av kreftmeldinger samt registrering og koding av mottatte meldinger. Dette systemet skal understøtte utbyggingen av kvalitetsregistrene.

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
742	Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	38 859	35 496	37 665	6,1
743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	5 325 518	6 385 338	695 668	-89,1
744	Tvungen omsorg for	45 600	51 476	53 741	4,4

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
	psykisk utviklingshemmede				
	Sum kategori 10.40	5 409 977	6 472 310	787 074	-87,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	59 293	56 052	58 625	4,6
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 912 682	3 512 791	94 900	-97,3
70-89	Andre overføringer	2 438 002	2 903 467	633 549	-78,2
	Sum kategori 10.40	5 409 977	6 472 310	787 074	-87,8

Programkategori 10.40 omfatter i hovedsak arbeid relatert til psykisk helseområdet.

Kap. 742 omfatter bevilgningen og ordningen med kontrollkommisjonene for psykisk helsevern i henhold til lov av 2. juli 1999 nr. 62, og hjemhenting av norske borgere med hovedsaklig alvorlig psykisk sykdom.

Kap. 743 omfatter øremerkede tilskudd for å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, psykisk helsevern i helseforetakene og statlige tiltak. Bevilgningene som til og med 2008 ble tildelt kommunene og regionale helseforetak over dette kapittelet foreslås fra 2009 overført henholdsvis rammebevilgningene under Kommunal- og regionaldepartementets budsjettkapitler med 3 572 mill. kroner og basisbevilgningene til de regionale helseforetak (kap. 732, postene 72–75) med 2 350 mill. kroner. Siden

1994 har det vært bevilget statlige stimuleringstilskudd til ulike tiltak for mennesker med psykiske problemer. Midlene inngår som en del av totalbevilgningen på kapitlet.

Midler til Norges forskningsråds programmer om psykisk helse bevilges over kap. 701, post 50. For særskilt satsing og mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises det til programkategori 10.10 Folkehelse, 10.20 Helsetjeneste, 10.30 Regionale helseforetak og 10.60 Omsorgstjenester. Midler til kommunale boligtiltak og til arbeidsmarkedstiltak er bevilget over henholdsvis Kommunal- og regionaldepartementets og Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

Kap. 744 omfatter tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede. Ordningen finansierer ikraftsetting av særreaksjoner i ht. straffelovens §§ 238 og 239. Bevilgningen på posten dekker kostnader forbundet med fagenhet for tvungen omsorg.

Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	36 041	33 528	35 610
70	Tilskudd	2 818	1 968	2 055
	Sum kap. 742	38 859	35 496	37 665

Post 01 Driftsutgifter

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 02. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som bl.a. annet har til oppgave å behandle klager på vedtak truffet med hjemmel i samme lov. Kontrollkommisjonene kan bare overprøves av domstolene når det gjelder avgjørelser i klagesaker. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Helsedirektoratet, som har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Utgiftene til kontrollkommisjonene dekkes over dette kapitlet.

Landet har 57 kontrollkommisjoner. Kommisjonene er geografisk fordelt slik mellom helseregionene: Sør-Øst 29, Vest 10, Midt-Norge 9 og Nord 9.

Helsedirektoratet har ferdigstilt tiltakene i Rapport IS-1338 Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern, med unntak av videreutvikling av årsrapportsystemet og klargjøring av innholdet i kommisjonenes kontroll av distriktpsikiatriske sentre.

Kontrollkommisjonenes årsrapportering vil bli videreutviklet for å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling samt gi grunnlag for å følge opp at kontrollkommisjonene fungerer tilfredsstillende. Behov for ekstern bistand i forbindelse med dette dekkes over posten. Veiledning for kontrollkommisjonenes kontroll med distriktpsikiatriske sentre vil ivaretas ved en revidering av IS-10/2007, Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern.

Post 70 Tilskudd

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. spesialisthelsetjenesteloven. § 5-3. Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

I 2007 ble det foretatt 11 hjemsendinger av utenlandske borgere med alvorlig psykisk sykdom og 21 hjemhentinger av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befant seg i utlandet. Dette er en liten økning fra 2006. Det har ikke vært dekket utgifter til hjemtransport som følge av livstruende somatisk sykdom i 2007.

Kap. 743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	23 252	22 524	23 015
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 912 682	3 512 791	94 900
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	375 509	403 295	418 162
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	136 040	120 146	114 966
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 878 035	2 326 582	44 625
	Sum kap. 743	5 325 518	6 385 338	695 668

Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. Arbeidet har bygget på St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse, Stortingets føringer i Innst. S. nr. 258 (1996–1998) og Innst. S. nr. 222 (1997–1998) samt de årlige budsjettddokumenter. Planens økonomiske rammer innebar et driftsnivå i 2008 på 6,37 mrd. kroner (2009-kroner) høyere enn i 1998 og at det skulle investeres for 9,2 mrd. kroner (2009-kroner) i planperioden.

Psykisk helse i befolkningen – utfordringer i et folkehelseperspektiv

Den overordnede målsettingen er å styrke befolkningens psykiske helse og befolkningens evne til å mestre psykiske problemer, forebygge utvikling av psykiske problemer og lidelser, og gi et helhetlig tilbud til mennesker som har utviklet en psykisk lidelse. De samfunnsmessige utfordringene kan ikke løses av helsetjenesten alene. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er også utfordringer for arbeidsliv, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenestene skal være tilgjengelige og ha fokus på tidlig intervensjon.

Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, er psykiske problemer en vesentlig årsak. I 2007 var det registrert om lag 90 000 yrkeshemmede, hvorav 21 000 med psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet anslagsvis 40 mrd. kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår. Hver tredje som langtidssykmeldes eller uføretrygdes pga en psykisk lidelse oppgir at de ikke har fått hjelp for sin lidelse. Departementet anbefaler at dette møtes med sterkere satsing på forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og bedre oppfølging i kommunene. Spesialisthelsetjenesten forutsettes å støtte oppunder arbeidet i kommunene gjennom prioritering av utadrettet arbeid, som ambulante team, innenfor eksisterende rammer. Målet er å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt lokalmiljø.

Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk antas å bli de store framtidige samfunnsmessige utfordringene. Verdens helseorganisasjon antar at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon vil øke og at i 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land.

Helsedirektoratet har i rapport IS-1554/2008 vist at en større gruppe voksne med alvorlige psykisk lidelse og omfattende hjelpebehov ikke mottar nødvendige tjenester. Det er anslått at denne gruppen omfatter 4000 personer på landsbasis.

Psykisk helsearbeid i internasjonalt perspektiv

WHO vedtok i 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) på psykisk helsefeltet. Erklæringen og en medfølgende handlingsplan er utarbeidet i samarbeid med EU og Europarådet. Samtlige 52 medlemsland, inklusive Norge, sluttet seg til erklæringen og handlingsplanen. Ministererklæringen er fulgt opp av EU i form av et Green Paper (2005) og Pact on Mental Health (2008). Det er planlagt en rådsrekommendasjon i 2009. Fra kommisjonens side signaliseres et behov for økt satsing på psykisk helse. Hovedsignalene er økt satsing på psykisk helse i andre sektorer, prioritering av sårbare grupper, fortsatt kamp mot fordommer, økt fokus på mestring og satsing på lokalbaserte tilbud, også for alvorlig syke.

Verdigrunnlag og overordnede mål for arbeidet med psykisk helse i Norge, herunder opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), samsvarer med føringene som WHO-ministererklæring bygger på.

Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse

Med bevilgningen for 2008 har regjeringen fullført den økonomiske satsingen i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om Opptrappingsplanen for psykisk helse. I henhold til offisiell statistikk, evalueringsrapporter og tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene er det oppnådd følgende:

- Økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet.

- Større åpenhet og økte kunnskaper om psykiske lidelser.
- Vesentlig flere personer med psykiske lidelser får arbeidsstøttende tiltak.
- Etablering av støttetiltak og mer enn 3000 boliger i kommunene.
- Økt fokus på psykisk helse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.
- Etablering av en rekke kompetansehevende tiltak.
- Etablering av 75 distriktpsikiatriske sentre (DPS).
- Styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, av akuttfunksjoner og generell kapasitetsøkning, særlig innenfor psykisk helsevern for barn og unge.
- Om lag dobbelt så mange personer får hjelp fra psykisk helsevern sammenliknet med 1998.

Selv om det gjennom planens tiltak er gjennomført et betydelig løft i hjelpetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, er det etter departementets vurdering flere utfordringer som gjenstår etter 2008. Dette handler om forebyggende tiltak, tilgjengelighet til tjenester, ventetider, lavterskeltiltak, oppfølging etter utskriving, holdninger til pasienter og pårørende og fortsatt udekkede kompetansebehov. Bedre og mer likeverdige kommunale tilbud står sentralt. Akuttfunksjonene og sikkerhetsperspektivet har hatt forsterket fokus fra 2006, men krever oppfølging også etter 2008. Resultatrapportering for kommunene og spesialisthelsetjenesten blir gitt under post 62, psykisk helsearbeid i kommunene og post 75, styrking av psykisk helsevern.

Prioriterte områder 2009

I tråd med forutsetningene for Opptappingsplanen foreslås de øremerkede tilskuddene til styrking av tjenestene i kommuner og regionale helseforetak overført til de respektive bevilgningsrammer. For å møte de store folkehelseutfordringene og for å sikre varig effekt av opptappingsplanen, er det nødvendig å videreføre de samlede driftsmidler fra planen i kommuner og regionale helseforetak etter 2008.

Psykisk helseområdet vil ha høy prioritet framover selv om planen avsluttes. De overordnede mål og verdigrunnlag fra planen vil fortsatt legges til grunn for regjeringens politikk. Tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

Som hovedprinsipp vil statlig styring skje gjennom ordinære virkemidler og gjeldende styringssystemer overfor kommuner og regionale helseforetak etter 2008. Staten vil utøve sin styring gjennom årlige skriv, jf. styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og dokumenter og rapportering til de regionale helseforetakene. Videre vil utviklingen av et mål- og indikatorsystem legge et grunnlag for bedre å kunne følge med utviklingen i sektoren.

For å møte de store folkehelseutfordringene vil styrking av psykisk helsearbeid/lavterskeltiltak i kommunene, herunder forebygging, tidlig avdekking av sykdom og tidlig behandling være sentralt. Innenfor tjenesteapparatet anses styrket samhandling mellom kommune og spesialisttjeneste og mellom rus- og psykisk helsefeltet å være særlig viktig for å skape en bedre tjeneste.

Tjenestene forutsettes å legges til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Det forebyggende arbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker den psykiske helsen, for eksempel arbeidsledighet, arbeidsmiljø,

sosiale forskjeller, diskriminering, oppvekst- og skolemiljø samt foreldres psykiske helse- og/eller rusproblemer.

For å styrke det forebyggende arbeidet og å etablere gode lavterskeltiltak vil utbygging av psykologtjenesten i kommunene være et viktig tiltak. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om rekruttering av psykologer til kommunene som vil ligge til grunn for vurdering av konkrete tiltak.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet foretatt en kartlegging av tilbudet til voksne med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagt tilbud. Rapporten, som er nærmere omtalt under post 62, viser at det er til dels store udekkete behov hos en stor gruppe på anslagsvis 4000 personer. Dette er mennesker som ofte har alvorlige problemer knyttet både til rus og psykisk helse, og som har behov for lett tilgjengelige tilbud. Sammen med barn og unge vil dette være en sentral målgruppe for ulike typer lavterskeltiltak. For å lykkes med satsingen i kommunene er det også nødvendig å videreføre arbeidet med kompetansebygging, herunder av kunnskaper om psykiske lidelser, rusproblemer og effektive tiltak for forebygging og behandling. Fortsatt drift av etablerte kompetansesentre er et viktig ledd i dette. Departementet vil legge vekt på fortsatt styrking av bruker og pårørendeperspektivet, oppfølging av DPS, akutfunksjoner, sikkerhetsperspektivet og redusert tvangsbruk, jf. post 70 og post 75. Generelt vil videreutvikling av psykisk helseområdet og av rusfeltet bli sett i nær sammenheng.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2007 evaluert departementets krav om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal være sterkere enn for somatisk pasientbehandling. BUS konkluderer med at tallene for aktivitetsutviklingen i 2007 viser at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet. Vurderer en utviklingen i driftskostnader på regionalt nivå, har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF lavere vekst i driftskostnadene innen somatikk enn innen psykisk helsevern og rusbehandling. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er veksten i driftskostnadene innen somatikk lavere enn innen psykisk helsevern, men høyere innen somatikk enn innen rusbehandling.

Statlige stimulerings tiltak og drift av kompetansesentre i 2009

Det bevilges om lag 695 mill. kroner til statlige stimulerings tiltak og drift av kompetansesentre i 2009. Midlene er videreført fra opptrappingsplanen for psykisk helse og fra den forutgående handlingsplanen til samme formål. Dette er i det alt vesentlige videreføring av tiltak fra 2008 som er nødvendige for å kunne møte de gjenstående utfordringer knyttet til kvalitet og innhold i tjenestene. Bevilgningen dekker blant annet følgende tiltak:

- Støtte til brukerorganisasjonene og brukerbaserte tiltak
- Informasjons- og holdningsarbeid, herunder Åpent sinn- kampanjen, skolesatsingen, markering av verdensdagen for psykisk helse.
- Utdanningstilbud, herunder tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og i psykososialt arbeid for barn og unge, Seprep og tilskudd til institutter og foreninger.
- Handlingsplaner, herunder redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, økt brukermedvirkning, arbeid og psykisk helse og plan for barn og unge i kommunene.
- Drift av kompetansesentre som Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, regionale ressursentre om vold, traumatisk

stress og selvmordsforebygging, kompetansesenter i kommunalt psykisk helsearbeid, knutepunkt for selvhjelp, Mental helses kompetansesenter med mer.

Som nye tiltak innenfor eksisterende rammer i 2009 foreslås det bevilget 20 mill. kroner fra post 62 (tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner) og 30 mill. kroner fra post 75 (psykisk helevern), for å stimulere til organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Formålet er å fange opp personer med omfattende og sammensatte behov på en bedre måte. Disse midlene kommer i tillegg til de midler som for øvrig er avsatt under kap. 732, post 70, til utvikling av samhandlingsmodeller.

Innenfor eksisterende rammer foreslås det videre bevilget 20 mill. kroner til stimulering av rekruttering av psykologer i kommunene, jf. post 62 i 2009.

Tiltakene er nærmere omtalt under postene 62, 70 og 75.

Øvrige områder

Samlet evaluering av opptrappingsplanen vil bli presentert i statsbudsjettet for 2010 på grunnlag av oppdrag til Norges forskningsråd.

Forskning

Det er fortsatt behov for mer kunnskap om årsaker til psykiske problemer og lidelser og effektive tiltak for å forebygge og behandle. Arbeidet i regi av Norges forskningsråd, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre relevante institusjoner foreslås videreført.

Det er behov for data som grunnlag for utvikling av indikatorer, prioritering av målgrupper og innsatsområder og som grunnlag for forskning. Dette er bakgrunnen for at Nasjonalt folkehelseinstitutt med midler fra Opptrappingsplanen har etablert et system for regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser om psykisk helse.

Styring og oppfølging gjennom mål og indikatorer

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer for å følge utviklingen av det psykiske helsearbeidet etter 2008. Kvalitetsindikatorer kombinert med faglig veiledning/ faglige retningslinjer vil være sentrale styringsredskaper overfor tjenestene etter 2008. Dette er systemer som er i bruk i dag, men som må utvikles videre. Direktoratet skal utvikle et statistikk- og indikatorsystem for kommunalt psykisk helsearbeid i samarbeid med KS, Statistisk sentralbyrå, fag- og brukerorganisasjoner og andre berørte parter. Indikatorene vil være et virkemiddel til overvåking, styring og kvalitetsutvikling. Fra 2009 skal det tas i bruk et nasjonalt indikatorsett som skal gi bedre grunnlag for å følge utviklingen i helsesituasjonen og tjenesten i årene framover

Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999–2008

Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp gjennom bevilgninger i de årlige statsbudsjetter. I 2008 ble de økonomiske målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse oppfylt i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) og de endringer som er foretatt gjennom de årlige budsjettbehandlinger.

Stortinget har gjennom de årlige budsjettbevilgninger sluttet seg til enkelte budsjettmessige omprioriteringer mellom hovedtiltakene i planen. Tabell 5.18 gir oversikt over de samlede driftsutgifter fordelt mellom tiltakene. Oversikten viser de opprinnelige måltall (i 1998-kroner og i 2008- kroner) i St.prp. nr. 63 (1997–1998), og status mellom tiltakene ved fullføring av planen i 2008.

Tabell 5.18 Økte utgifter til drift bevilget til gjennomføring av Opptappingsplanen for psykisk helse – mål og resultat i forhold St.prp. nr. 63 (1997–1998) (mill. kroner).

Tiltak	Mål ift. 1998-priser	Mål ift. 2008-priser	Resultat 2008
Brukerrettede tiltak	25	37	101
Kommunale tjenester	2 100	2 757	2 823
Spesialisthelsetjenester	2 100	2 769	2 557
Statlige sysselsettingstiltak	186	276	257
Utdanning/rekruttering, forskning	161	238	221
Arbeid med vold og traumatisk stress	0	0	105
Spesielle driftsutgifter	4	6	27
Sum	4 575	6 083	6 090

Deler av opptappingsplanens bevilgninger er plassert under andre budsjettkategorier enn 10.40.

Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2006–2007) vedtok Stortinget en omfordeling av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser på slutten av 1990-tallet, er kommunene prioritert med en større andel av driftsbevilgningene enn forutsatt i St.prp. nr. 63 (1997–1998). I løpet av opptappingsperioden har det framkommet et behov for å styrke arbeidet med vold og traumatisk stress, noe som ikke var prioritert i St.prp. nr. 63 (1997–1998). Det er også bevilget mer midler til støtte av brukerorganisasjoner enn forutsatt. Disse omprioriteringene forklarer de endringene som er foretatt i forhold til de opprinnelige tiltak i planen.

Investeringer

Bevilgninger til investeringer er fullført i en tidligere fase av planen og kommer i tillegg til oversikten i tabellen. Investeringsvolumet i boliger målt i antall tilsagn viser at det er gitt tilsagn til om lag 3400 flere omsorgsboliger i kommunene. Dette tilsvarer 100 pst. av måltallet i St.prp. nr. 63 (1997–1998).

I spesialisthelsetjenesten forventes det ved utgangen av 2008 å være investert for 5,6 mrd. kroner (2008-priser) som også tilsvarer måltallet i opptappingsplanen.

Budsjettforslag for 2009

Bevilgningene over Opptappingsplanen fra årene 1999 til og med 2008 samt midlene fra handlingsplanen videreføres i 2009. De øremerkede midlene til kommunene og spesialisthelsetjenesten overføres henholdsvis rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett med 3 572 mill. kroner og de regionale helseforetaks basisbevilgninger med 2 350 mill. kroner. Midlene vil fra og med 2009 følges opp gjennom rapportering fra kommuner og regionale helseforetak.

I planperioden har økte bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak blitt prioritert og midler til dette ble også finansiert over driftspostene til tjenestene. Ved Opptrappingsplanens avslutning er øremerkede midler lagt inn i driftsrammen til tjenestene. Det forutsetter at en rekke tiltak i fortsettelsen dekkes av tjenestene, herunder etterutdanningstilbud og kurs. For 2009 er det lagt opp til at kap. 743, post 70 dekker en del særskilte kompetanse- og utviklingstiltak på psykisk helseområdet. Flyttinger av midler er omtalt under de respektive postene i dette kapittel.

Regjeringen foreslår en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten for 2009 på 1,5 pst., jf. kap. 732. En slik vekst forventes å gi økt pasientbehandling i 2009 også for psykisk helsevern.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgninger over denne posten har finansiert spesielle driftsutgifter til departementets og underliggende etaters oppfølging av satsingen på psykisk helse, jf. St.meld. nr. 25 (1996–1997) og St.prp. nr 63 (1997–1998), og årlige budsjettframlegg gjennom planperioden. Midlene foreslås videreført i 2009. Fylkesmennenes rådgivere for kommunalt psykisk helsearbeid finansieres over denne posten. De bistår kommunene i planarbeid, organisering, kompetanseutvikling og gjennomføring av arbeidet. Posten dekker også utvikling av strategier og handlingsplaner på spesielle områder og utredningstiltak på psykisk helsefeltet.

Departementet foreslår følgende satsingsområder: Strategi for barn og unges psykiske helse i kommunene skal settes i verk i samarbeid med andre relevante departementer og direktorater. Et tverrdepartementalt arbeid om barnevern, psykisk helse- og rusfeltet skal gjennomføres og følges opp, herunder utredning og etablering av et pilotprosjekt om økt samarbeid og større organisatorisk nærhet mellom Barnevernets utviklingssentre og Regionsentrene for barn og unges psykiske helse. Posten skal dekke Helsedirektoratets oppfølging av handlingsplaner på volds- og traumefeltet, herunder Barnehus, videreutvikling av overgrepsmottak, selvmordforebygging og arbeidet med asylsøkeres og flyktningers psykiske helse. Arbeidet med tiltak som skal videreføres etter Opptrappingsplanen, samt vedtatte strategier og handlingsplaner, finansieres over denne posten og skal gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og departementets føringer.

Det går fram av St.prp. nr. 57 (2007–2008) Kommuneproposisjonen 2009 at midler til rådgiverne hos fylkesmannen videreføres som øremerket tilskudd inntil videre. Fylkesmannens arbeid skal bidra til at kommunenes innsats på feltet opprettholdes og videreutvikles. Fagpersonell og kommunenes politiske og administrative ledelse skal få bistand til kvalitets- og kompetanseheving, gode samhandlingsrutiner og – løsninger. Fylkesmannen skal bidra til å etablere nettverk for kommunene i det enkelte fylke. Nettverkene kan bidra til økt kompetanse, erfaringsutveksling, råd og veiledning i psykisk helsearbeid, og kan utgjøre fora for brukerorganisasjonenes medvirkning og tverrsektorielt arbeid. Fylkesmannen skal samarbeide med det nasjonale kompetansesenteret for kommunalt psykisk helsearbeid som er etablert i Trondheim i 2008. Rapportering fra kommunene skal sammen med mål- og indikatorarbeid bidra til å belyse utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene, jf. post 62. Videre skal fylkesmannens rådgivere for psykisk helsearbeid og rådgivere for rusarbeid bidra til at kartlegging og oppfølging av tiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud blir prioritert i 2009, jf. post 62. Rådgiverne skal bidra til å utvikle og gjennomføre ny strategi for barn og unge i kommunene og samarbeide med NAV fylke om Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012).

Bevilgningen foreslås satt ned 0,5 mill. kroner som er overført til kap. 743, post 70 til strategiplanen for arbeid og psykisk helse. Det foreslås bevilget 23 mill. kroner over posten for 2009.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. De kommunale tjenestene skal bidra til bedre mestring og økt selvstendighet for mennesker med psykiske lidelser. Kommunens tjenester omfatter forebygging, behandling og oppfølging, herunder bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfylte aktiviteter, bistand til å delta i sosiale fellesskap og nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester. Barn og unge er en viktig målgruppe. Brukerperspektivet skal legges til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene og i tilbudet til den enkelte. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.

Øremerkede tilskudd til drift av kommunenes psykiske helsearbeid som tidligere ble bevilget over kap. 743, post 62 skal fra 2009 innlemmes i kommunenes rammetilskudd, jf. St.prp.1 (2007–2008). Dette utgjør for 2009 om lag 3,5 milliarder kroner, herav vel 56 mill. kroner til storbytiltak. Enkelte tjenesteutviklingstiltak i kommunal sektor vil fortsatt følges opp gjennom statlige stimuleringsstilskudd. Det foreslås å videreføre 94,9 mill. kroner over posten som øremerket tilskudd til dette formålet. Disse midlene øremerkes lønnstilskudd til kommunene, samt nye tiltak, jf. satsingsområder for 2009.

Resultatrapportering 2007 og status 2008

Tabell 5.19 viser faktisk økning sammenliknet med måltallene for Opptappingsplanen i perioden 1998 til 2007. Enkelte måltall var ikke definert ved oppstart av opptappingsplanen, men er utviklet i ettertid. Dette framkommer av tabellen.

I tillegg kommer egen tilskuddsordning i forbindelse med storbysatsingen.

Tabell 5.19 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999–2007 (Tall per 31. desember 2007)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning 1998 ¹ til 2007	Andel økning 1999–2008 (pst.) til 2007
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	2936	86
Årsverk totalt	4770	4376	92
Årsverk voksne	3710	3091	83
– hjemmetjenester mv.	3400	2327	68
– behandlingstilbud, veiledning	309	764	247
– aktivitetstilbud	(703) ²	(627)	87
Årsverk barn og unge	1060	1285	121

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning 1998 ¹ til 2007	Andel økning 1999–2008 (pst.) til 2007
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	665	83
– annen forbygging/psykososialt arbeid	260	620	238
Støtte til brukerorganisasjoner (mill. kroner)	3	33	
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kroner)	3	50	

¹ Pga. tidligere endringer i registreringsrutinene foreligger ikke direkte sammenliknbare tall. For 1998 bygger kolonnen på beregnede tall. Det knytter seg måleproblemer til resultatrapporteringen fra kommunene fordi mange tiltak organisasjonsmessig, og dermed regnskapsmessig, er spredd på ulike virksomheter.

² Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomiske måltall kan forventet nivå ved utgangen av 2008 settes til 720 årsverk.

³ Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 har det vært satt som vilkår at midlene nyttes til blant annet slike formål).

Tabellen viser at 92 pst. av måltallet for nye årsverk er nådd i løpet av 2007. Dette betyr at Opptrappingsplanens mål for årsverksvekst i stor grad vil bli oppnådd. I henhold til Helsedirektoratets anslag basert på kommunenes planer og rapporteringer for virksomheten kan det forventes en økning på om lag 400 årsverk utover måltallet på 1060 for barn og unge. Ved utgangen av 2008 vil det anslagsvis være 100 årsverk under måltallet på 3710 årsverk for voksne og om lag 35 årsverk under måltallet på 800 for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Opptrappingsplanen har som mål å etablere 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. Ved årsskiftet var 2936 av 3434 godkjente prosjekter ferdigstilt. Ferdigstillelsen har for mange kommuner tatt lengre tid enn planlagt. Årsakene til dette har sammenheng med press i boligmarkedet og lang saksbehandlingstid i kommunene. Ferdigstillelsen av boligene vil i all hovedsak være gjennomført i 2008. Enkelte av boligene vil først stå ferdige i 2009.

Ved utløpet av 2007 var det rekruttert 104 psykologer i kommunene mot planlagt 184. I tillegg er det forutsatt at det skal inngå psykologkompetanse i de 260 årsverkene til psykososialt arbeid for barn og unge og i 800 årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Om lag 100 000 personer mottar tjenester i kommunene pga. psykiske lidelser eller problemer. I tillegg til rekruttering ved bruk av øremerkede midler fra Opptrappingsplanen, viser en rapport fra Sintef Helse i 2007 at om lag 1/3 av årsverkene innenfor psykisk helsearbeid er finansiert av kommunenes egne

midler. Om lag 9000 ansatte arbeidet med psykisk helsearbeid i kommunene, i tillegg til fastlegens virksomhet på feltet.

Den totale rekrutteringen til arbeid med barn og unge er bedre enn forutsatt i Opptappingsplanen. En rapport fra Sintef Helse 2008 viser at andel barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsestasjonstjenesten har økt i løpet av planperioden. Det er større bredde i de tiltakene som tilbys og det er økt grad av tverrfaglig samarbeid om barn/ungdommer i målgruppen. Flere kommuner har etablert prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Undersøkelsen avdekker samtidig at tjenestene har kontakt med en forholdsvis stor andel barn og unge med alvorlige psykiske vansker som ikke mottar et tilstrekkelig hjelpetilbud.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell, jf. post 70.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene ble etablert 1.september 2008. Senteret skal arbeide med dokumentasjon, kunnskapsoppsummering og formidling til kommunene med sikte på å styrke kunnskapsgrunnlag og kompetanse.

For 2007 ble et nytt rapporteringsskjema for kommunene benyttet for første gang. Dette skal benyttes i 2007 og 2008 for å utvikle grunnlagsdata og danne et utgangspunkt for å kunne følge utviklingen i tjenester og tilbud etter at perioden med rapportering for bruk av øremerkede midler er avsluttet.

Satsingsområder og mål for 2009

For å følge opp de øremerkede midler fra denne posten, som foreslås innlemmet i rammetilskuddene til kommunene fra 2009, vil departementet bidra med statlige tiltak, jf. post 21 og 70, som kan støtte kommunene i deres videreføring og videreutvikling bl.a. gjennom:

- Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid skal bidra med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet
- Rapportering på utvikling av psykisk helsearbeid etter at midlene er innlemmet i rammetilskuddet til kommunene
- Kvalitetsindikatorer skal videreutvikles
- Faglig veiledning og informasjon
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene – videreutvikle faglig innhold i kommunalt psykisk helsearbeid
- Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, skal prioritere arbeid med kompetanse i kommunal sektor
- Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell i psykososialt arbeid for barn og unge

I 2009 skal post 62 dekke midler til tjenesteutvikling knyttet til mennesker med langvarige og sammensatt tjenestebehov, utvikling av lavterskeltilbud med psykologer, samt videreføre lønnstilskudd for tverrfaglig videreutdanning.

Tilbud til personer med langvarig og sammensatt behov for tjenester.

Med bakgrunn i St. prp. nr 1 (2006–2007) fikk Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge omfanget av mennesker som har behov for et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud og utrede hvordan tilbudet til gruppen kan utvikles og styrkes. Det er utarbeidet en rapport IS-1554 Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (2008). Rapporten danner utgangspunkt for det videre arbeidet rettet mot gruppen. Dette er en gruppe mennesker som har behov for – og benytter seg av – ordinære sosial- og helsetjenester. Rapporten peker på at det er flere pågående satsinger som vil bidra til å styrke tilbudet til målgruppene, eksempelvis Opptappingsplan for rusfeltet, tiltaksplan mot fattigdom, regjeringens innsats for å styrke inkludering i arbeidslivet og tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Det er likevel nødvendig med særskilte tiltak for å nå denne gruppen bedre. Et tiltak som rapporten omtaler er etablering av Assertive Community Treatment team (ACT-team), dvs. ambulante tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det foreslås satt av 20 mill. kroner til slike tiltak over post 62. Videre foreslås det satt av 30 mill. kroner over post 75 til utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak som vil bidra ytterligere til å bedre tilbudet til gruppen. 5 mill. kroner foreslås i tillegg bevilget til andre tiltak for denne gruppen. Arbeidet med en praksisveileder er satt i gang. Den skal bidra til å styrke kommunenes arbeid med kartlegging og tilrettelegging av tjenester.

Rekruttering av psykologer i kommunene

Målet for rekruttering av psykologer til kommunene ser ikke ut til å bli nådd innen utgangen av planperioden, jf. omtale over. Økt rekruttering av psykologer er et viktig tiltak som vil bidra til en styrking av de kommunale tjenestene.

Helsedirektoratets rapport, Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering (IS-1565, 2008), peker på at psykologer er en relativt lite brukt yrkesgruppe i helsetjenestene på kommunalt nivå, men er en gruppe som kan bidra med veiledning av annet personell, rådgiving til foreldre, diagnostikk, behandling og iverksetting av tiltak i grenseland mellom psykososial tilrettelegging og behandling. De kan også bidra i kommunal planlegging og forebyggende arbeid. Rapporten peker på at kommunepsykologene i dag i liten grad jobber med målgruppen voksne, inkludert eldre. De fleste arbeider med barn, unge og familier. Det er viktig at det også utvikles psykologtilbud for målgruppen voksne og eldre i kommunene. Økt psykologrekruttering til kommunene er således et viktig tiltak som kan bidra til styrking av den samlede faglige bredden og kvaliteten i kommunale helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Omfanget av behovet for psykologer i de kommunale tjenestene vil bli vurdert på nytt i 2009.

Departementet viser til at statlige stimuleringsstilskudd gjennom Opptappingsplanen har vist seg å ha god effekt med hensyn til rekruttering, jf. tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Stimuleringsstilskudd til kommuner som ansetter psykologer vil sannsynligvis føre til økt rekruttering av yrkesgruppen. Det bør også legges til rette for samlokalisering av psykologer og fastleger. Et sentralt formål med samlokaliseringen er at fastleger og psykologer skal stimuleres til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser. Samlet foreslås satt av 20 mill. kroner i 2009 til tiltak for økt rekruttering av psykologer til kommunene.

Lønnstilskudd til kommuner

Ordningen med lønnstilskudd til kommunene for å stimulere høyskoleutdannet personell til å ta tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid er vurdert. Evalueringen viser at utdanningen har vært

vellykket og at den i stor grad har bidratt til økt rekruttering til arbeid med psykisk helse i kommunene. En stor andel har blitt i arbeid i kommunen etter videreutdanningen. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge ble etablert først i 2007. Utdanningen er viktig både for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Lønnstilskudd til kommunene for denne videreutdanningen må prioriteres. Ordningen med tilskudd til kommunene foreslås videreført på samme nivå i 2009.

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning, bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse, utvikle bedre tjenester for barn, unge og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Posten skal sees i sammenheng med styrkingstiltak i kommunene og spesialisthelsetjenesten, jf. post 62 og post 75.

Tiltakene på posten skal støtte opp under en ønsket utvikling innenfor psykisk helsefeltet med tilretteleggelse for selvstendighet, mestring og det å kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt nærmiljø som et sentralt mål.

Det ble bevilget 403 mill. kroner på posten for 2008:

- Brukerstyrking og selvhjelp 54 mill. kroner
- Informasjon og holdninger 48 mill. kroner
- Kompetansehevende tiltak 85 mill. kroner.
- Regionsentrene for barn og unge (RBUP) 133 mill. kroner
- Forskning og statistikkutvikling 31 mill. kroner
- Strategiplan for arbeid og psykisk helse 30 mill. kroner
- Strategiplan for barn og unges psykiske helse 22 mill. kroner

Det foreslås bevilget 418 mill. kroner til følgende prioriterte tiltak på posten for 2009:

- Drift av nasjonale og regionale sentre og tiltak knyttet til selvhjelp, bruker- og pårørendearbeid
- Drift av regionale kompetansesentre for barn og unge og videreføring av tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene
- Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid
- Informasjons- og holdningsarbeid, statistikk og evaluering
- Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse (2007–2012)
- Kompetanse- og utviklingstiltak i tjenestene

Brukerstyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser har vært et mål i Opptappingsplanen og vil fortsatt være et mål for psykisk helsevern og det psykiske helsearbeidet framover. Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukermedvirkning har vært en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptappingsplanen. Det har vært en betydelig styrking av brukerrettede tiltak i Opptappingsplanen. Undersøkelser tyder imidlertid på at mange brukere fortsatt opplever å ha liten innflytelse på egen behandling, og at samarbeidet med pårørende ofte ikke er godt nok ivaretatt. Det er

derfor behov for fortsatt å ha fokus på bruker- og mestringsperspektivet i tjenesten også etter at Opptrappingsplanen er avsluttet.

Tiltaksplanene for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og om brukervedvirkning innen psykisk helsefeltet er fulgt opp. Nasjonalt ressursenter for bruker- og pårørendekompetanse (Mental Helse Kompetanse) er etablert. Senteret skal samle, spre og gyldiggjøre brukerkunnskap og tilby et brukeropplæringsprogram i samarbeid med de regionale brukerstyrte sentrene. Senteret er under evaluering.

Veileder for helsepersonell om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester vil bli ferdigstilt i 2008. Målet med veilederen er å bidra til en styrking av pårørendes rolle, økt støtte til pårørende, samt rette fokus på pårørende som ressurs.

Evalueringer viser at styrkingen av brukerorganisasjonene har økt brukernes kompetanse og styrket deres rettigheter. Brukervedvirkningen på systemnivå har økt ved at det etableres flere brukerråd/-fora i tjenesteapparatet. Etterspørselen etter brukerrepresentanter har økt.

Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende i deres møte med tjenestene vil være et kontinuerlig arbeid også i årene framover. Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukervedvirkning. Mental Helse Kompetanse og de regionale brukerstyrte sentrene vil sammen med brukerorganisasjonene være sentrale aktører i dette arbeidet. Arbeidet ved Mental Helse Kompetanse skal gjøres tilgjengelig for brukere, brukerorganisasjoner og tjenesteapparatet.

Driftstilskuddet til brukerorganisasjonene foreslås satt opp 2 mill. kroner innenfor postens ramme, for å styrke brukervedvirkning på systemnivå. Det foreslås bevilget totalt 44 mill. kroner til bruker- og pårørendetiltak i 2009.

Selvhjelp

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. Nasjonal plan for selvhjelp omfatter fem tiltak, blant annet Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp som ble etablert i 2006. I 2007 mottok 20 prosjekter midler til selvhjelp fra tilskuddsordningen for selvhjelp. Handlingsplanen går ut 2008. I 2008 er det bevilget midler til forskning på selvhjelp.

Det er i 2008 satt i gang en evaluering av Nasjonal plan for selvhjelp generelt og Knutepunkt funksjonen spesielt. Oppgavene under den nasjonale planen, blant annet Nasjonalt knutepunkt, videreføres og justeres på bakgrunn av funnene fra evalueringen. Det foreslås bevilget 12 mill. kroner til formålet i 2009.

Informasjon og holdninger

I løpet av opptrappingsperioden har det blitt brukt kommunikasjonstiltak for å fremme viktige satsinger og understøtte en ønsket faglig og organisatorisk utvikling overfor både befolkning og tjenesteutøvere. Verdensdagen for psykisk helse hadde over 1700 markeringer for større åpenhet om psykisk helse i 2007 over hele landet.

Befolkningskampanjen Et åpent sinn ble satt i gang i 2007 i samarbeid med brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner innen psykisk helsefeltet. Målet med kampanjen er å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Første målgruppe var ungdom i alderen

15–25 år. En kartlegging av holdninger i ungdomsgruppen før og etter kampanjen viser at flere ungdommer synes psykiske problemer er vanlig og at de har økt kunnskap om hvor de kan søke hjelp dersom de trenger det. I 2008 gjennomføres det tiltak for å øke den voksne befolkningens kunnskap om psykisk helse, om hjelpetilbudet og rettigheter gjennom kampanjen Et åpent sinn.

Norsk institutt for by- og regionsforsknings undersøkelse av endringer i befolkningens kunnskap tyder på at færre har stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og mennesker med psykiske lidelser i 2007 enn i 2002.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. 13 fylker deltok i Psykisk helse i skolen i 2007, og det er inngått avtale med ytterligere tre fylker om deltakelse fra 2008. Skoleprogrammet Alle har en psykisk helse er evaluert av Universitetet i Tromsø. Resultatene tyder på at elevene har fått økt tro på egen mestring, økte kunnskaper om psykiske lidelser og redusert fordommer overfor psykiske lidelser.

Det er utarbeidet og oversatt informasjonsmateriell om hjelpetilbudet innen psykisk helse for barn, ungdom og voksne, samt enkel informasjon om de vanligste psykiske lidelsene på de 17 mest brukte minoritetsspråkene.

Støtten til Rådet for psykisk helse og prosjektet kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) ble videreført i 2007. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2008. Kunnskap og erfaringer fra prosjektet skal gjøres tilgjengelig.

Økt kunnskap og åpenhet er en nødvendig del av arbeidet for å forebygge psykiske problemer. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Kampanjen Et åpent sinn, med tiltak rettet mot større deler av befolkningen, foreslås videreført. Arbeidet med å øke åpenheten i samfunnet via markering av Verdensdagen for psykisk helse foreslås videreført. I samarbeid med andre departementer vil finansiering av Ungdomstelefonen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner bli videreført.

Kompetansehevende tiltak

Stimuleringstiltak for psykologer og psykiatere

Gjennom de regionale utdanningsprogrammene innen psykisk helsevern utdannes det spesialister i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. Tilrettelagte utdanningsprogrammer for leger i psykisk helsevern for barn og unge har for eksempel ført til at Helse Nord har økt psykiaterantallet totalt fra 8 i 1999 til 32 i 2007. Den statlige støtten til de regionale utdanningsprogrammene forutsettes ivarettatt innenfor rammen til de regionale helseforetakene fra 2009. SAMDATA Nøkkeltall viser for øvrig at psykiaterdekningen varierer mellom regionene. For omtale av kartleggingen av tilbudet ved landets DPS vises det til kap. 743, post 75. Dobbeltkompetanseprosjektet med samtidig spesialist- og forskerutdanning for psykologer videreføres i 2009.

Rekruttering av psykologer viser fortsatt liten vekst i kommunene og Opptrappingsplanens mål for dette vil ikke bli nådd i perioden. Utvikling av strategi for rekruttering har vært sterkt forsinket og foreligger først nå i 2008. Rekruttering av psykologer til kommunal sektor skal prioriteres i 2009, jf. post 62.

Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell

Videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er utviklet for å styrke høyskoleutdannet personells kompetanse i tråd med barn og unges behov. Utdanningen er viktig for tilbudet til alle barn, men spesielt for de som sliter med psykiske problemer eller rusproblemer. I utviklingen av tilbudet har det vært et samarbeid mellom departementer, direktorater, brukerorganisasjoner, Elevorganisasjonen og KS. Planen var at utdanningen skulle bli etablert og tilbudt alle kommuner tidlig i Opptrappingsplanperioden, men igangsettingen ble forsinket.

I 2007 ble videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge satt i gang ved 10 høgskoler. Det er et mål å rekruttere bredt til denne utdanningen fra alle arenaer som arbeider med barn og unge i aldersgruppen 0–23 år. Det var god innsøking til dette studiet i 2007. Det er ønskelig å sikre god geografisk dekning i tilbudet om denne videreutdanningen som fra høsten 2008 tilbys ved 9 høgskoler.

Det ble i 2007 gjennomført en evaluering av den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid for voksne med hovedfokus på målene om brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Evalueringen viser at studentene opplever at studiet gir god kunnskap og forståelse når det gjelder brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Det er et mål at den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid for barn og unge bidrar til tverrfaglig samarbeid og helhetlige tilbud. For å bidra til at hele landet får tilbud om denne utdanningen og at flest mulig høyskoler gir dette tilbudet foreslås det å øke bevilgningen med 6 mill. kroner, til sammen 24 mill. kroner i 2009.

Institutter og foreninger

En rekke foreninger og institutter mottok støtte til sin virksomhet i 2007. Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt utdanner veiledere for spesialistutdanningene for psykiatere og psykologer. Andre institutter tilbyr tverrfaglige videre- og etterutdanninger rettet både mot høyskole- og universitetsutdannet personell. Videre- og etterutdanningene inkluderer ulike metoder som i dag benyttes innen psykisk helsevern.

I 2007 deltok ca 1800 kandidater på ulike etter- og videreutdanninger i regi av instituttene og foreningene som hadde en varighet på ett år eller mer. I tillegg deltok om lag 1500 psykologer på spesialiseringskurs i regi av Norsk psykologforening.

Støtten til institutter og foreninger foreslås videreført i 2009. Instituttene og foreningenes rolle i videre- og etterutdanningstilbudet til ansatte i psykisk helsevern vil bli vurdert. Kvalitet og innhold i disse utdanningstilbudene skal vurderes ut fra behovene i tjenestene.

Støtten til Sepreps utdanningsprogram foreslås videreført, herunder utdanningstilbudet innenfor rusbehandling. Dette må sees i sammenheng med tiltak for å styrke tilbudet til brukere med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Det vises til omtale under post 62.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Regionsentrene (RBUP) skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskapelig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Sentrene står for en betydelig utdannings- og forskningsaktivitet som er av avgjørende betydning for videre utvikling av feltet.

Sentrene rapporterer om økt deltakelse fra ansatte i kommunene. Økningen er størst til etterutdanningstilbudene, hvor i overkant av 5000 personer deltok i 2007. Ved videreutdanningstilbudene var det 1300 deltakere hvorav 78 pst. fra spesialisthelsetjenesten. Regionsentrene samarbeider med tjenestene og andre relevante kompetansesentre for barn og unge.

Arbeidet med kommunal sektor skal prioriteres i 2009 herunder bistå i etablering av familiesenter. Sentrene skal fortsatt vektlegge forebygging og brukervedvirkning i arbeidet med barn og unges psykiske helse og øke samarbeidet med andre instanser. Det er satt i gang en evaluering av hvordan regionsentrene har innrettet sin virksomhet for å øke fokuset på forebygging og kommunale tjenester.

Et tverrdepartementalt arbeid om samarbeidet mellom psykisk helse og rusfeltet og barnevern er igangsatt, herunder skal det etableres et vesentlig tettere samarbeid mellom Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og Barnevernets utviklingssentre (BUS). En arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet utreder hvordan dette organisatorisk kan gjennomføres. Det skal blant annet etableres et pilotprosjekt om økt samarbeid og større organisatorisk nærhet mellom RBUP Nord og BUS Nord. Det legges til grunn at driften av regionsentrene videreføres.

Kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene ble etablert i Trondheim høsten 2008. NTNU Samfunnsforskning AS er ansvarlig for drift av det nye kompetansesenteret. Senteret skal fokusere på det faglige grunnlaget for psykisk helsearbeid og støtte opp under kommunenes arbeid med psykisk helse. Senterets hovedoppgaver er å dokumentere kunnskap, formidling og kunnskapsoverføring, bidra til gjensidig samordning mellom de ulike fag- og kompetansemiljøer, vurdere behov for kompetansehevende tiltak og ta initiativ til nye etter- og videreutdanningstiltak. Arbeidet med å etablere senteret er svært forsinket, men det er nå viktig at det raskt kan utvikles slik at kommunene kan få bidrag til å opprettholde og videreutvikle psykisk helsearbeid også etter perioden med øremerking av midler. Det foreslås bevilget 18 mill. kroner til senteret i 2009.

Forskning og statistikkutvikling

Forskning på psykisk helse har vært styrket blant annet gjennom Opptappingsplanen. Midler fordeles primært via Norges forskningsråd, men også til Regionsentre for barn og unges psykiske helse, Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, (jf. kap.743, post 73) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap.710, post 01 og 21). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

Forskningsrådets evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008 og vil bli oppsummert i en egen sluttrapport. Denne vil være en del av kunnskapsgrunnlaget for de prioriteringene som gjøres etter Opptappingsplanens avslutning. Departementet vil komme tilbake til hvordan resultatene av denne evalueringen skal følges opp.

For 2007 er kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer, uavhengig av om midlene kommer fra øremerkede midler eller ikke. Denne rapporteringen kommer i tillegg til rapporteringen på bruk av øremerkede midler. Rapporteringen danner på sikt et grunnlag for å følge utviklingen på dette området etter 2008.

Dataene som rapporteres til pasientregisteret for det psykiske helsevernet har ikke god nok kvalitet. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet en registreringsveileder for det psykiske helsevernet. Direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om implementeringen av veilederen som skal bidra til en mer enhetlig og komplett registrering.

Fra 1. januar 2009 etableres det et sett med indikatorer for psykisk helse som skal gjøre det mulig å følge utviklingen i kvaliteten og innholdet i tjenestene som tilbys mennesker med psykiske vansker og

lidelser. Målsettingen er at indikatorene skal være relevante både for nasjonale styringsformål og for lokal kvalitetsforbedring. Indikatorene omfatter tilbudet til barn, unge og voksne både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og skal belyse både befolkningsperspektiver og innhold og kvalitet i tjenestene. Indikatorene tar utgangspunkt i målene for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjeneste ...Og bedre skal det bli (2005–2015).

Tiltak rettet mot personer med særskilte behov

Psykisk helse og rusmiddelproblemer – dobbeltdiagnoser

Kartlegginger og undersøkelser viser at en betydelig andel av pasientene i akuttenehetene i det psykiske helsevern har omfattende rusmiddelavhengighet i tillegg til sin psykiske lidelse. Tilsvarende kartlegginger innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser at en betydelig andel rusmiddelavhengige personer også har en psykisk lidelse. Tjenestene må være organisert slik at de på en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene som mange av disse pasienter har.

Arbeidet for å bedre samhandling og samtidighet i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet må videreføres og styrkes i årene framover. Det er behov for å styrke kompetansen hos personell både i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har det vært gitt støtte til ulike kompetansehevende tiltak på dette området. Det er gjennomført årlige konferanser de siste 3 årene og det er gitt tilskudd til utvikling av ulike modeller for god oppfølging av denne gruppen, herunder en nettbasert etter- og videreutdanning for leger og annet helsepersonell om utviklingshemmedes spesielle helseproblemer, samt et begrenset utdanningstilbud i psykiske lidelser og aldersdemens hos utviklingshemmede i regi av stiftelsen SOR (Samordningsrådet) i samarbeid med enkelte høyskoler.

Tilskuddet til videreutdanning av høgskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming i regi av Samordningsrådet foreslås videreført.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Økt fokus på yrkesrettet attføring har medført at antall registrerte yrkeshemmede på attføring har økt sterkt de seinere årene. Bortsett fra muskel- og skjelettlidelser er psykiske lidelser de mest vanlige diagnoser blant yrkeshemmede. Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som deltar i arbeidsmarkedstiltak/utdanningstiltak gjennom NAV har økt fra rundt 7000 personer i 1998 til om lag 13 900 i 2007. Opptappingsplanens måltall på 4000 flere personer som får et tilbud gjennom Aetat/NAV Arbeid er dermed mer enn oppnådd. I 2007 benyttet NAV godt over 1 mrd. kroner til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser, inkl. 143 mill. kroner som ble stilt til rådighet over Opptappingsplanen for psykisk helse.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) ble lansert høsten 2007 for å videreføre og styrke den arbeidsrettede innsatsen i Opptappingsplanen for psykisk helse, herunder ivareta behovet for et sterkere rehabiliteringsfokus. Samarbeidsprosjektet Vilje Viser Vei – NAVs satsing på arbeid og psykisk helse er faset inn i linjen i NAV og inngår som en del av den nasjonale strategiplanen fra og med 2008. I løpet av høsten 2008 skal bl.a. midler til lavterskelarbeidsrettede tiltak med stor grad av brukermedvirkning i kommunene, herunder midler øremerket Fontenehus, lyses ut og

fordeles. Det satses også på forskning og utvikling vedrørende jobbmestrende oppfølging for mennesker med psykoselidelser.

Strategiens målgruppe er personer med lettere og omfattende lidelser/problemer, samt personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Det legges vekt på en styrking av områder som samarbeid og samordning, inkl. brukermedvirkning, tilgjengelighet til aktuelle tiltak og tjenester, kompetanse og nettverksbygging, kommunikasjon, informasjon, forskning og formidling. Et hovedtiltak i planen er tettere oppfølging av den enkelte, blant annet ved å ansette veilednings- og oppfølgingsloser på NAV-kontor. I 2009 foreslås det bl.a. å øke og spre antall loser, samt å lette tilgjengeligheten.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal utarbeide og gjennomføre en kommunikasjonsstrategi knyttet til i regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse i samarbeid med sentrale aktører som NAV og partene i arbeidslivet. Rådet for psykisk helse har utformet en kampanje rettet mot ledere i arbeidslivet som er en del av den samlede kommunikasjonsstrategien.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen over posten foreslås satt ned mot at

- 9,396 mill. kroner flyttes til Barne- og likestillingsdepartementets budsjett, kap. 854, post 71, til Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) samt kompetansetiltak
- 5, 22 mill. kroner flyttes til kap. 701, post 50 Norges forskningsråd mv., til forskning på mestring og beskyttelsesfaktorer og tiltak som bidrar til å fremme barn og unges psykiske helse.
- 2,088 mill. kroner flyttes til kap. 710, post 01, Folkehelseinstituttet, til kunnskapsutvikling som grunnlag for forebygging av psykiske problemer.
- 3,131 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 70, Tilskudd til helseforetakene, til tiltak over strategien for spiseforstyrrelser, hvorav 1,2 mill. kroner til drift av nettverk for forskning og evaluering (Akuttnettverket).
- 1,5 mill. kroner flyttes til kap. 720, post 01, Helsedirektoratet, til dekning av merutgifter i forbindelse med bistand som skal ytes til regjeringsadvokaten i forbindelse med prosedering av saker om tvunget psykisk helsevern på vegne av staten.

Bevilgningen over posten foreslås satt opp ved at:

- 13,25 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, for å utvikle samarbeidet mellom tjenestene for mennesker med langvarige og sammensatt behov, spesielt gruppen med dobbeltdiagnoser rus/psykiske lidelser.
- 2,1 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til oppdatering av veiledere, evaluering av praksis og regelverk for mennesker med ADHD.
- 0,8 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til Samordningsrådet, øremerket videreutdanning av høgskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming.
- 1,8 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til pasientrettede tiltak for mennesker med langvarige og sammensatte behov. En kartlegging av omfang og behov til mennesker med psykiske lidelser våren 2008 viser at tilbudet til denne gruppen er mangelfullt.

- 0,5 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 21, Spesielle driftsutgifter til oppfølging av strategiplanen for arbeid og psykisk helse.

Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til volds- og traumerammede. Det gjelder traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, mennesker som har vært utsatt for eller vært vitne til vold i nære relasjoner. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere, og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid.

Nasjonalt forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble opprettet i 2004 og er en tverrdepartemental satsing for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret driver omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid. Senteret samarbeider med regionale ressursmiljøer på volds- og traumefeltet, samt relevante kliniske miljø, forskningsinstitusjoner og faginstanser. Senteret skal ikke drive klinisk virksomhet, men det er en forutsetning at virksomheten har forankring i praksisfeltet. Utviklingen av senteret har vært i tråd med intensjonene om å samle små miljøer og prosjekter til et bredt kunnskapsmiljø. I de første årene ble det særlig fokusert på å utvikle forskning på feltet på et høyt nivå. Fra i år vil senteret fokusere sterkere på rollen som en sentral enhet for formidling av fagkunnskap nasjonalt og internasjonalt.

Regional kompetanse på volds- og traumefeltet

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, familievern, politi mv.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen.

Sentrene er fra i år etablert i alle regioner. RVTS Sør, det femte og siste senteret, ble åpnet våren 2008. Senteret er forankret i Barne- ungdoms- og familieetaten region Sør, mens de fire andre ressursentrene er forankret i de regionale helseforetakene. Sentrene fikk i 2007 nye oppgaver og ressurser knyttet til arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger og asylsøkere og andre traumatiserte fortsetter.

Særskilte tiltak og målgrupper

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011) Vendepunkt

Det er utarbeidet en ny Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011) – Vendepunkt. Planen er et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Justis- og politidepartementet som har koordineringsansvaret. Tiltakene har som mål å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjonene og hjelpeapparatet får økt kompetanse, arbeider mer samordnet og blir bedre til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser.

I løpet av planperioden skal det gjennomføres en evaluering av overgrepsmottakene.

Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Helsedirektoratet har bedt fylkesmennene gi en oversikt over situasjonen som grunnlag for videre utvikling av tjenestene og framtidig evaluering.

Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005–2009)

Barne- og likestillingsdepartementet utarbeidet i 2005 i samarbeid med andre departementer en femårig strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for flere av tiltakene. Tiltakene er rettet mot å forebygge seksuelle og fysiske overgrep mot barn, og å bedre behandling og oppfølging av ofre og unge overgripere gjennom forskning, kompetanseutvikling og bedre samarbeid mellom ulike aktører (helsetjenesten, politi, barnevern mv.). Strategiplanen følges opp og det gjennomføres konkrete tiltak i tråd med anbefalinger gitt av Helsedirektoratet. Mange av tiltakene innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er av en omfattende karakter og gjennomføres som delprosjekter ved NKVTS.

Barnehusene

Arbeidet med Barnehusene er et tverrdepartementalt samarbeid. Justisdepartementet koordinerer arbeidet. I 2007 ble det åpnet to Barnehus, ett i Bergen og et i Hamar. Det er i tillegg besluttet å opprette Barnehus i Kristiansand, Trondheim og Tromsø i løpet av 2008, slik at tilbudet blir landsdekkende. Målet med Barnehusene er å gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. De regionale kompetansesentrene har et særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet. Den nærmere utformingen av Barnehusene utarbeides lokalt i samarbeid med berørte instanser.

Selvmordsforebygging

Det registreres årlig om lag 550 selvmord i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall selvmordsforsøk. Selvmordsraten har vist en fallende tendens den siste tiårsperioden. Det overordnede målet for arbeidet er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og å bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd.

Helsedirektoratet har utarbeidet Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2007–2010. Strategien har fem hovedmål: å redusere forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk, forbedre nasjonal statistikk, sikre god oppfølging av etterlatte, styrke opplæring i selvmordsforebygging for viktige arbeidsgrupper og stimulere til økt forskning, kunnskapsutvikling og –formidling.

I tråd med strategien er nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern utarbeidet i 2008. Anbefalingene fra retningslinjene blir også framhevet i Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

For kommunal sektor er det særlig viktig å styrke den generelle kunnskapen og kompetansen hos ansatte i kommunen, dvs. fastlege, psykologer, ansatte ved helsestasjons- og skolehelsetjeneste, lærere mv. Departementet har i 2008 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide retningslinjer/veiledende materiell for arbeidet i kommunene overfor selvmordsutsatte. Utdanningsprogrammet Vivat er et tilbud for førstelinjen som gir grunnleggende kompetanse i risikovurdering av selvmord. Programmet videreføres i 2009.

Minoritetshelse

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Nakmi styres gjennom oppdragsbrev fra Helsedirektoratet.

Helsetjenester til FN-/Nato-veteraner

Helsedirektoratet vil i samarbeid med Forsvarets sanitet utarbeide veiledende materiell som kan bidra til bedre helsetjenester til FN-/Nato-veteraner. Formålet er å sikre at denne gruppen tilbys adekvat helsehjelp både i de kommunale og de spesialiserte helsetjenestene. Materiellet skal blant annet beskrive innhold i helsetjenesten til FN-/Nato -veteraner, oppgave- og ansvarsfordeling mellom Forsvaret og den sivile helsetjeneste, samt systemer for nødvendig kompetanseoverføring/oppbygging i den sivile helsetjenesten.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned ved at

- 4,635 mill. kroner flyttes til kap.710, post 01, til Folkehelseinstituttets arbeid med selvmordsforebygging
- 5,831 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 72–75, til psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere i regi av regionale helseforetak

Bevilgningen har gått til styrking og omstrukturering av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og skal sette de regionale helseforetakene i stand til å realisere de måltall som St.prp. nr. 63 (1997–1998) trekker opp. Midlene til drift, investering og kompetanseutvikling som tidligere har vært tildelt over denne posten er overført til kap. 732 Regionale helseforetak, post 71–75, i alt 2,350 mrd. kroner i 2009. I årets budsjett vil likevel totalomtalen av status og veien videre for psykisk helsevern omtales under kap. 743.

Nøkkeltall fra Samdata for 2007 viser at driftskostnadene til psykisk helsevern samlet sett utgjorde 14,76 mrd. kroner i 2007 (unntatt avskrivninger). Målt i faste priser var veksten i psykisk helsevern samlet på 5,1 pst. fra 2006 til 2007. Den prosentvise veksten i driftskostnadene var omtrent lik for psykisk helsevern for barn og unge og voksne.

Målt i faste 2007-kroner har driftskostnadene i psykisk helsevern økt 35 pst. totalt siden starten av Opptrappingsplanen i 1998. Driftskostnadene i det psykiske helsevernet for barn og unge har økt 82 pst, mens det psykiske helsevernet for voksne har økt 29 pst. i samme periode.

I løpende priser økte driftskostnadene i psykisk helsevern med 11,5 pst. fra 2006 til 2007 mot en økning på 9,6 pst. i somatikken. På nasjonalt nivå var dermed den prosentvise kostnadsveksten høyere i psykisk helsevern enn i somatikk. Personellveksten fra 2006 til 2007 var også høyere i psykisk helsevern med en økning på 1,7 pst. mot 0,3 pst. i somatikken. Personellveksten var høyere i psykisk helsevern for barn og unge (5 pst) enn for voksne (1 pst).

Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Tabell 5.20 Utvikling i totale driftskostnader til det psykiske helsevernet 1998–2007 (mill. kroner, faste 2007 kroner og pst. Endring)

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	Pst. endring 1998–2007
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	10 903	11 412	12 263	12 824	14 047	14 764	35
Pst. endring fra året før		1,4	5,8	1,3	2,9	5,1	
Totale driftsutgifter PHV-Barn og unge	1 373	1 465	1 760	2 051	2 375	2 498	82
Pst. endring fra året før		3,4	15,0	7,7	7,1	5,2	
Totale driftsutgifter PHV-Voksne	9 530	9 947	10 503	10 773	11 672	12 266	29
Pst. endring fra året før		1,1	4,4	0,2	2,1	5,1	

Kilde: Datakilde: SSB og Sintef Helse

I løpet av opptrappingsperioden har det blitt totalt 4578 flere årsverk i det psykiske helsevernet, dvs. en økning på 29 pst. Av denne veksten har 1527 årsverk gått til psykisk helsevern for barn og unge, dvs en økning på 71 pst, mens 3051 årsverk har gått til det psykiske helsevernet for voksne, dvs en økning på 22 pst.

Status i gjennomføringen av Opptrappingsplanen

Psykisk helsevern for barn og unge

De regionale helseforetakene har de siste årene prioritert utbygging av det psykiske helsevernet for barn og unge. Det har vært en betydelig vekst både i personell og aktivitet, som gjenspeiler seg i kostnadsutviklingen. De fleste målene i Opptrappingsplanen er eller er i ferd med å bli nådd.

I følge nøkkeltall fra Samdata fikk 49 479 pasienter behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Det var 2199 flere enn i 2006 og 28 845 flere enn i 1998. Dette representerer en økning på 140 pst. i antall behandlede pasienter så langt i opptrappingsperioden. Dekningsgraden for barn og unge (dvs. andelen barn og unge i befolkningen som mottar et tilbud) er dermed mer enn doblet fra 2,0 pst. i 1998 til 4,5 pst. i 2007. Forutsatt samme veksttakt ut perioden antas dekningsgraden nasjonalt å ligge på i underkant av 5 pst. ved utløpet av 2008. Det er fortsatt store forskjeller i dekningsgrad mellom regionene.

I følge nøkkeltall fra Samdata var det 334 døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge ved utgangen av 2007, dvs en økning på 41 plasser fra 1998. En foreløpig gjennomgang i 2007 viser at de regionale helseforetakene nå planlegger ca 350 døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. I følge tall fra NPR har gjennomsnittelig ventetid til døgnbehandling for barn og unge gått ned fra 65 dager 1. tertial 2006 til 44 dager tilsvarende tertial i 2008. Antall ventende har i samme tertialene gått ned fra 128 til 72. Dette tyder på at styrkingen av poliklinikkene og opprettelsen av ambulante arbeidsformer gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har vært vellykket og at behovet for døgnbehandling av barn- og unge har gått ned som følge av at nye og mer framtidsrettede tilbud er etablert.

Om lag 3 pst. av pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge behandles i døgn- og dagavdelinger, resten behandles i poliklinikk. Siden 1998 har det blitt 963 flere polikliniske årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge, dvs. en økning på 101 pst. Målet i Opptappingsplanen om 400 flere polikliniske årsverk er dermed mer enn nådd.

Ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet trådte i kraft 1. september 2008. Garantien innebærer en fastsatt maksimum ventetid for individuell vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten på 10 virkedager, og maksimum ventetid for oppstart av behandling på 65 virkedager. De som har behov for raskere vurdering og behandling, har rett til det.

Oppfølging av anmodningsvedtak nr. 463 (2007–2008)

Ved behandlingen av Dokument 8:42 (2007–2008) fattet Stortinget 8. mai 2008 følgende anmodningsvedtak:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at unge med tilbud innenfor BUP i barne- og ungdomspsykiatrien, også etter fylte 18 år, kan beholde sin behandler i de tilfeller der det er etablert et tillitsforhold når de unge selv ønsker det. Dette bør kunne gis inntil fylte 23 år.»

Det er ingen bestemmelser i dagens lovverk som hindrer at barn og unge over 18 år kan behandles i psykisk helsevern for barn og unge, og fleksibel praktisering av aldersgrensene skjer i noen grad i dag. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere nærmere om det er behov for å presisere regelverk for dette. Vedtaket er forøvrig fulgt opp i praksisveilederen for psykisk helsevern for barn og unge, som ble lansert samtidig med at ventetidsgarantien trådte i kraft 1. september 2008. Helsedirektoratet er i ferd med å ferdigstille veileder for prioritering til psykisk helsevern for barn- og unge. Veilederen skal understøtte ventetidsgarantien.

Psykisk helsevern for voksne

Det har vært en positiv utvikling innenfor det psykiske helsevernet for voksne i løpet av opptappingsperioden, og mange av målene er nådd eller er i ferd med å nås. Tilbudet er betydelig styrket i tillegg til at det er gjennomført en omstrukturering av tjenestene gjennom utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og en gradvis økt spesialisering av sykehusavdelingene. Dette omstillingsarbeidet vil fortsette også etter at Opptappingsplanen er avsluttet.

Det var 16 705 årsverk i det psykiske helsevernet for voksne ved utgangen av 2007, dvs. en økning på 1 pst. fra 2006. Siden 1998 har det blitt 3051 flere årsverk i det psykisk helsevernet for voksne, dvs en økning på 22 pst. Målet i Opptappingsplanen om en økning på 2300 årsverk i løpet av opptappingsperioden er dermed nådd. Antall årsverk for psykiatere har økt 48 pst., psykologårsverk med 104 pst. og årsverk for høyskoleutdannet personell med 40 pst. Antall polikliniske årsverk økte med

ca 8 pst. 2006 til 2007. 83 pst. av personellressursene i det psykiske helsevernet for voksne er imidlertid fortsatt knyttet opp til drift av døgnavdelinger.

Antall utskrivninger var omtrent uendret fra 2006 til 2007. Siden 1998 har antall utskrivninger økt med ca 18 500, dvs. en økning på 63 pst. Antall oppholdsdøgn er redusert 19 pst. i samme periode. Dette betyr at flere får døgnbehandling i dag enn ved starten av Opptrappingsperioden, men at oppholdene er kortere.

Antall døgnplasser for voksne har blitt redusert i løpet av Opptrappingsperioden. Ved utgangen av 2007 var det 4769 døgnplasser totalt, hvorav 1865 i DPS og 2712 i sykehus. Dette er et lavere plasstall enn det som lå inne i St.prp. nr 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse. Antall plasser vurderes imidlertid å være et mål av begrenset verdi, jf. utviklingen av alternative behandlingsformer og økt vekt på at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv utenfor institusjon. Det vises særlig til den kraftige utviklingen av ambulante og polikliniske tjenester, som ikke var forutsatt i opptrappingsplanen. Personellfaktoren i døgnavdelingene har økt 57 pst. i løpet av opptrappingsperioden. Døgnplasser i sykehjem er redusert 90 pst. siden 1998 og er nå på det nærmeste avviklet.

Det har skjedd en betydelig ressursøkning og kompetanseoppbygging i psykisk helsevern i løpet av Opptrappingsperioden. De nye årsverkene i psykisk helsevern for voksne er nesten utelukkende universitets- og høyskoleutdannet personell. Veksten har vært sterkere i DPSene enn i sykehusavdelingene. Det er fortsatt forskjeller i personelldekning mellom helseforetakene både i tjenestene for barn og unge og for voksne, og tilgangen på fagpersonell, særlig psykiatere og psykologspesialister, varierer. På tross av økt kompetanse viser flere undersøkelser at tilbudet fortsatt varierer mye også når det gjelder faglig innhold. Bruken av tvang ved innleggelse og i behandlingen varierer til dels betydelig mellom helseforetaksområdene. Undersøkelser viser også at brukererfaringer fortsatt er for lite integrert i behandlingen.

Utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Muusmann/Agenda har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av organisering, ressurser og faglig innhold ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Kartleggingen viser at det per i dag er etablert 75 DPS og at alle landets kommuner nå tilhører et DPS-område.

I Opptrappingsplanen er det lagt til grunn at et DPS skal være en faglig selvstendig enhet med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud, døgntilbud og ambulante tjenester under en felles faglig ledelse. Kartleggingen viser at DPSene med få unntak er utviklet i tråd med disse intensjonene, men at måten tilbudene er organisert på kan variere noe. Det er fortsatt betydelige forskjeller i bemanning mellom DPSene.

Kartleggingen viser at 62 av landets 75 DPSer oppgir å ha etablert ambulante tilbud, enten som egne team eller som en integrert del av virksomheten ved poliklinikken eller døgnavdelingen. 28 av landets 75 DPS oppgir å ha etablert egne akutt-/kriseteam. I tillegg har mange DPS etablert akuttberedskap i poliklinikken.

Der er per i dag totalt 50 dagenheter ved landets DPSer med til sammen 1607 dagplasser.

Anslagsvis 40 pst. av årsverkene i det psykiske helsevernet for voksne er knyttet til de distriktpsikiatriske sentrene.

DPSene og regionene har ikke kommet like langt når det gjelder å etablere brukermedvirkning på systemnivå. Samlet sett oppgir 70 pst. av DPSene å ha etablert rutiner/faste ordninger for brukermedvirkning på systemnivå. Også når det gjelder pasient- og pårørendeopplæring er det til dels store variasjoner.

Kartleggingen tyder på at helseforetakene har arbeidet systematisk med å bedre samhandling og samhandlingsrutiner mellom DPSene og de sentraliserte sykehusavdelingene. Samarbeidet innad i psykisk helsevern ser dermed ut til å fungere bedre sett fra tjenesteyternes side. Unntaket er de private avtalespesialistene hvor under halvparten av DPSene oppgir å ha etablert et fast samarbeid med disse. Helse- og omsorgsdepartementet ba i Oppdragsdokumentet for 2008 de regionale helseforetakene om å sørge for at det er rutiner/systemer som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. De regionale helseforetakene er i gang med å utarbeide slike systemer.

Når det gjelder samarbeid med kommunene oppgir flertallet av DPSene å ha etablert faste rutiner/retningslinjer for samarbeid med sine kommuner/bydeler.

Tvang i psykisk helsevern

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370) har 4 hovedmålsetninger: økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk.

I 2007 startet et arbeid med å etablere et nasjonalt nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern. Nettverket skal blant annet oppsummere kunnskapsstatus på området og bidra til at det kan gjennomføres metodisk holdbar helseforskning om tvang i Norge. Universitetet i Tromsø har på oppdrag fra Helsedirektoratet påtatt seg driftsansvaret for nettverket. Det vil være en hovedoppgave for nettverket å utarbeide en helhetlig plan for forskning og kunnskapsutvikling om tvang i psykisk helsevern, i tråd med tiltaksplanen.

Sintef gjennomførte i november 2007 en ny pasientregistrering ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne. Registreringen viser at antall pasienter under tvang på registreringstidspunktet er blitt kontinuerlig redusert sammenliknet med de tilsvarende registreringene i 1989, 1994, 1999 og 2003. Tallene indikerer likevel at det har funnet sted en økning i antall tvangsinnleggelses, men at varigheten av disse innleggelsene har blitt redusert.

Helse- og omsorgskomiteen ba i sin innstilling til Odelstinget, jf. Innst. O. nr. 66 (2005–2006) om en vurdering av behovet for behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere behovet for nye tiltak i Tiltaksplanen, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Regjeringen vil komme tilbake med en status for dette arbeidet i statsbudsjettet for 2010.

Mål for psykisk helsevern 2009

I 2009 vil det være en hovedprioritet for Regjeringen å sørge for at det som er bygd opp gjennom Opptrappingsplanen blir opprettholdt og videreutviklet. I den videre utviklingen av det psykiske helsevernet skal det særlig legges vekt på følgende:

Desentralisering og spesialisering

- En videreføring av hovedstrategien i Opptappingsplanen med vekt på desentralisering og spesialisering. Det er nødvendige forutsetninger for å oppnå økt tilgjengelighet og ressursutnyttelse at pasienter behandles på riktig sted og riktig nivå.

Ambulante tilbud

- Utvikling av mobile og fleksible tjenester i psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Dette er nødvendig for å kunne gi nødvendig støtte og veiledning til de kommunale tjenestene og for å utvikle et mer smidig samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Dette vil være særlig viktig når det gjelder akutt- og krisetjenester og i oppfølgingen av personer med en langvarig og sammensatt psykisk lidelse, herunder personer som ikke selv er i stand til å søke hjelp eller som aktivt motsetter seg dette.

Akutt- og krisetjenester

- Det må bygges opp en akutt- og kriseberedskap ved DPSene som så langt som mulig også innebærer at personell fra DPSet kan rykke ut og gi primærhelsetjenesten og eventuelle pårørende nødvendig bistand.
- At helseforetakene etablerer en akutt- og kriseberedskap for barn og unge, og at nødvendige akuttilbud er på plass.

Kompetansebygging

- Fortsatt vekt på kompetansebygging, videreutvikling av arbeidsmåter og behandlingsmetoder i psykisk helsevern. Det vises til omtale under post 70.
- Gjennom videreføring av etter- og videreutdanningstiltak skal det psykiske helsevernet sikres tilgang til relevante og gode tilbud, herunder opplæringstilbud i nye arbeidsmetoder som ambulant behandling. Det vises til omtale under post 70.
- Måltrettet satsing på å øke dekningen av psykiater- og psykolog/psykologspesialister i de helseregionene som har lavest dekning. DPSene må sikres nødvendig tilgang til disse personellgruppene.

Brukermedvirkning

- Brukererfaringer må i større grad integreres som en naturlig del av behandlingen, og benyttes i kvalitetsforbedringen ved det enkelte tjenestested.

Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

- Arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern er et langsiktig utviklingsarbeid som involverer kommune- og spesialisthelsetjenesten i tillegg til brukere og pårørende. Bedre dokumentasjon, økt kunnskapsutvikling og forskning og utvikling av gode handlingsalternativer til tvang vil være viktige innsatsområder.

Tilbud til grupper med særskilte behov

- Å videreutvikle og styrke tilbudet i psykisk helsevern til grupper med særskilte behov. Tilbudet til psykisk utviklingshemmede med en psykisk lidelse, personer med en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelavhengighet samt innvandrere, flyktninger og asylsøkere bør gis særskilt prioritet.
- Å ivareta behovet for sikkerhetspsykiatrisk kompetanse nasjonalt, regionalt og lokalt.

Tiltak rettet mot personer med særskilte behov

Sikkerhet i psykisk helsevern

Tall innhentet av Helsedirektoratet viser at antall døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien har gått ned siden 2005, både på lokalt og regionalt nivå. I 2005 var det 54 regionale døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien mot 42 i 2008. Totalt sett på regionalt og lokalt nivå oppgis antall plasser å være redusert fra 229 døgnplasser i 2005 til 191 i 2008. De regionale helseforetakene melder at det ikke er noen på venteliste per 1. september i noen helseregioner. Kapasiteten i Helse Sør-Øst RHF er imidlertid presset. Helse Sør-Øst RHF opplyser for øvrig at foretaket har en beredskapsplan som innebærer at pasienter som trenger innleggelse ved sikkerhetsavdeling skal gis et tilbud innen 24 timer. Departementet vil følge situasjonen på dette området nøye.

Helsedirektoratet utga i 2007 et rundskriv om vurderinger av risiko for voldelig atferd og bruk av kliniske verktøy. Helsedirektoratet utarbeider nå en nasjonal standard for å sikre lik praksis for ivaretagelse av sikkerhetsaspektene innen det psykiske helsevernet for å forebygge alvorlige voldelige handlinger. Det er fortsatt behov for å styrke bevisstheten og kunnskapen innen psykisk helsevern om risikovurderinger og hvordan slik risiko kan håndteres. Kompetansesentrene innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger. I samarbeid med fagpersonene i de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger vil kompetansesentrene også gi undervisning og veiledning til aktuelle instanser om hvordan man håndterer risikosituasjoner. Den spesielle kompetansen som ligger i sikkerhetspsykiatrien innenfor risikovurdering/håndtering må ivaretas.

Det må sikres at det i alle helseregioner er tilstrekkelig kapasitet i sikkerhetspsykiatrien.

Brukere med omfattende tjenestebehov

Det skal etableres stimuleringsstøtte til samhandlingsmodeller for oppfølging av gruppen med langvarige og sammensatte tjenestebehov. En mulig modell er Assertive Community Treatment teams (ACT) som er etablert i Østfold. Modellen er godt utprøvd i andre land, eksempelvis England og Danmark, og kan vise til gode resultater når det gjelder behandling og oppfølging av denne gruppen. Det vises for øvrig til nærmere omtale under innledningen til dette kapitlet og post 62.

Nordisk samarbeid

Barn og unges ventetider innen psykisk helse har fått mye oppmerksomhet i de nordiske landene. Landene har inngått ett samarbeid om å bedre tilgjengeligheten og overføre kunnskap om systematisk organisering av hjelpen til barn og unge. Det er satt i gang en kartlegging av de nordiske lands innsats på området som forventes ferdig i 2009. Resultatene vil ligge til grunn for et eventuelt framtidig samarbeid.

Budsjettforslag 2009

For å bidra til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak foreslås det å avsette 30 mill. kroner over denne posten. Midlene skal benyttes til pasientaktivitet og bidra til å sikre mennesker med langvarig og sammensatte problemer, herunder mennesker med alvorlig psykiske lidelser og tungt belastede rusmisbrukere, et helhetlig og sammenhengende behandlings, oppfølgings og bo tilbud. Midlene må sees i sammenheng med tilsvarende foreslåtte bevilgning på 20 mill. kroner over post 62, samt i sammenheng med øvrige tiltak for bedre samhandling, jf. kap. 732.

14,625 mill. kroner foreslås bevilget til oppfølging av handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, samt prosjektmidler til kompetansesentrene i sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri.

Det foreslås bevilget 44,6 mill. kroner over posten for 2009.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å flytte

- 12,653 mill. kroner til kap. 732, post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, til Landsfunksjon for døve med psykiske lidelser.
- 2,151 mill. kroner kap. 732, post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, til Nasjonalt kompetansenettverk for ADHD. Helse Sør-Øst RHF, får i oppgave å drifte nettet. Nettet skal bidra til fagutvikling, forskning, veiledning og undervisning – og nettet skal dekke alle aldre.
- 13,25 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Bevilgningen gjelder prosjekter for å utvikle samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for mennesker med dobbeltdiagnoser rus/psykiatri. De fleste igangsatte prosjektene er planlagt avsluttet ved utgangen av 2009 og skal evalueres før det tas endelig stilling til etablering av permanente ordninger.
- 2,1 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, til oppdatering av veiledere, kontinuerlig evaluering av praksis og regelverk innenfor ADHD
- 0,8 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, som skal gå til videreutdanning av høgskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming
- 1,8 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, til pasientrettede tiltak for mennesker med langvarige og sammensatte behov.

Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

				(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Fagenhet for tvungen omsorg	45 600	51 476	53 741
	Sum kap. 744	45 600	51 476	53 741

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven § 39 a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere.

Ved gjennomføringen av dom på tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll og etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkomisjon med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Fra 1. januar 2002 til mai 2008 er til sammen 17 personer dømt til tvungen omsorg. I mai 2008 var 2 personer innlagt i fagenheten, med gjennomføring av pliktig varetektssurrogat etter straffeprosesslovens § 188. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært 2–3 personer. 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 8 personer er dom til tvungen omsorg opphørt.

I 2006 ble det nedsatt en utredningsgruppe for å evaluere reglene om strafferettslig utilregnelighet, forvaring og strafferettslige særreaksjoner, herunder særreaksjonene dom på overføring til tvungen omsorg og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Utredningsgruppen la fram rapport fra arbeidet våren 2008. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp rapporten på egnet måte i samarbeid med Justis- og politidepartementet.

I forbindelse med etablering av ny og permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim vil investeringsutgiftene medføre en årlig kostnadsøkning som belastes driftsutgiftene bevilget på posten i tråd med de regnskapsprinsipper som gjelder for helseforetak. Helse Midt-Norge RHF via St. Olavs hospital HF har ansvaret for å etablere og eie nytt bygg, samt videre drift av fagenheten. Kostnadene dekkes over posten.