

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

2009/469 - 4946/2009

Terje Arne Krokvik

11.12.2009

Innspill til statsbudsjett 2011

Innledning

Iht. Oppdragsdokumentet for 2009 skal de regionale helseforetakene innen 15. desember 2009 gi innspill til statsbudsjettet for 2011.

I likhet med tidligere år er de administrerende direktører i de regionale helseforetakene enige om å utarbeide et felles innspill.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige (TSB).

Dette innspillet vil bli forelagt styret i Helse Vest i møte den 22/12-2009. Det må derfor tas forbehold om eventuelle merknader fra vårt styre.

Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2010

Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2011 blir her vurdert på basis av de forhold som erfaringsmessig bestemmer behovet for tjenester, og under hensyn til de helsepolitiske prioriteringer som gjelder.

Selv om samhandlingsreformen ikke vil gi konkrete utslag i statsbudsjettet for 2011, kan den prege de prioriteringer og den tenkning som ligger til grunn for budsjettet. I dette dokumentet er det lagt til grunn at all aktivitet i spesialisthelsetjenestens somatiske sektor i prinsipp skal videreføres, selv om noe av aktiviteten etter hvert kan bli flyttet ut av spesialisthelsetjenesten.

Aktivitet og aktivitetsutvikling 2004-2008

For somatisk sektor blir antall korrigerede DRG-poeng for ISF-opphold benyttet som aktivitetsmål. Når det gjelder den polikliniske aktiviteten, har overgangen til DRG-refusjon i 2008 ført til at det er vanskelig å sammenligne aktiviteten i 2008 med aktivitetstall fra tidligere år.

Hovedtyngden av aktiviteten i somatisk sektor er ISF-opphold, og utviklingen både i den polikliniske og den øvrige aktivitet i somatisk sektor er relativt sterkt korrelert med utviklingen av den ISF-finansierte delen. Det anses derfor som forsvarlig å bedømme utviklingen på grunnlag av DRG-poengene.

I perioden 2004-2008 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,5 prosent per år, målt i antall korrigerte DRG-poeng. Som det fremgår av tabellen nedenfor, har veksten i de senere år vært avtagende; fra 2007 til 2008 var den 1,2 prosent.

Aktivitetsutviklingen i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i Norge i perioden 2004-2008 (Kilde: ISF-kuben), fremskrivning 2009-2011.

	Historikk					Fremskrivning		
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Forbruk av tjenester, korr. DRG-poeng	1 031 452	1 072 204	1 101 696	1 124 889	1 138 377	1 152 038	1 165 862	1 187 163
Forbruksvekst, % per år	1,78	3,95	2,75	2,11	1,20	1,20	1,20	1,83
Demografisk drevet vekst, % per år	0,65	0,79	0,89	1,02	1,16	1,21	1,29	1,33
Realvekst, % per år	1,13	3,16	1,86	1,08	0,04	-0,01	-0,09	0,50

Behovet for somatiske spesialisthelsetjenester avhenger både av befolkningens størrelse og aldersfordeling. Tabellen viser hvor stor veksten ville blitt i det enkelte år, dersom forbruket per innbygger, på hvert enkelt alderstrinn, hadde vært like stort som året før. Det er denne teoretiske størrelsen som i tabellen er kalt "Demografisk drevet vekst". Tabellen viser at den demografisk betingede vekst hele tiden har vært noe mindre enn den virkelige veksten. Den virkelige veksten har derfor gitt et visst rom for "Realvekst" – dvs. for nye pasientgrupper og nye behov. Realveksten er differansen mellom den faktiske forbruksvekst og den demografisk betingede veksten.

Mens forbruksveksten har vært avtagende, har den demografisk betingede vekst vært økende; i 2008 var realveksten praktisk talt 0. Dette er de laveste som er observert siden DRG ble tatt i bruk til analyseformål på 1990-tallet. Spørsmålet er om den gir tilstrekkelig rom for nye behov.

Tabellen viser at den demografiske betingede veksten vil fortsette å øke frem mot 2011. Tallene for aktivitetsutviklingen i 2009 og 2010 er basert på et foreløpig anslag (2009) og på Statsbudsjettets forutsetninger (2010). Det fremgår av tabellen at disse forutsetningene ikke gir rom for realvekst. For 2011 er det i tabellen satt inn en realvekst på 0,5 prosent, som sammen med den demografisk betingede vekst på 1,33 prosent bestemmer aktivitetsnivået.

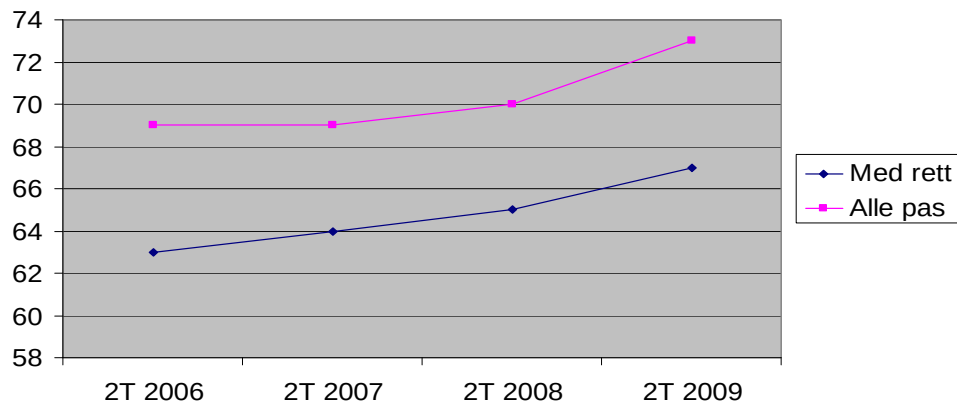
Ventetider og behovsdekning

Hvorvidt de senere års vekst har vært tilstrekkelig til å dekke behovene, kan til en viss grad belyses gjennom de endringer som har skjedd i pasientenes ventetider. Redusert ventetid indikerer økt grad av behovsdekning og økt ventetid indikerer redusert behovsdekning, såfremt det dreier seg om sammenlignbare pasienter.

Ventelistestatistikken viser at somatiske rettighetspasientene i alle regioner bortsett fra Helse Nord hadde lengre ventetider i 2008 enn i de forutgående år. Utviklingen på landsbasis fremgår av diagrammet¹ nedenfor. Spørsmålet blir nå om rettighetspasientene i 2008 var like alvorlig syke som tidligere års rettighetspasienter.

¹Basert på data fra samme rapport.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede somatiske pasienter 2. tertial 2006-2009. Alle helseregioner.



I de senere år har den andel av de nyhenviste somatiske pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp vært synkende, og antall nyhenviste rettighetspasienter har ikke utviklet seg i takt med befolkningsutviklingen². Dette tyder på at rettighetsvurderingen er blitt gradvis strengere, og at rettighetspasientene i 2008 ikke var mindre alvorlig syke enn i tidligere år. Når den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasienter har økt, må det bety at tilbudet er blitt dårligere.

Nominelt indikerer økningen i ventetid fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2009 en underkapasitet på knapt én prosent.

Analysen i dette avsnittet er gjennomført på høyt aggregert nivå. En mer detaljert analyse ville vært ønskelig, men forutsetter data av bedre kvalitet enn det som i dag er rutinemessig tilgjengelig. Mer detaljerte analyser ville gi bedre forståelse av årsakene til den utvikling som nå observeres, men det antas ikke at de ville endret de konklusjonene.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2008-2011

Den demografisk betingede behovsvekst i perioden 2008 til 2011 fremgår av tabellen ovenfor, og for perioden sett under ett utgjør den 3,8 prosent³.

Nye behov og økt grad av behovsdekning vil også påvirke aktivitetsbehovet. Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette i årene som kommer, og føre til økte behov for tjenester. Nye behandlingsmetoder fører også til at pasientene i enkelte pasientgrupper vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette er "realvekst" som kommer i tillegg til den demografisk betingede behovsveksten.

Endrede helsepolitiske prioriteringer innebærer ofte at tilbudene til enkelte pasientgrupper må styrkes, noe som også kan medføre økte aktivitetsbehov. De senere års opprioritering av pasienter med sykkelig overvekt er et eksempel på dette. I den grad den nye aktiviteten ikke fullt ut kan baseres på ressurser som er frigjort fra lavere prioritert aktivitet, vil dette medføre en realvekst i aktivitetsbehovet.

Prosjektet *Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten* har ført til økt bevissthet om nødvendigheten av, og et bedre kunnskapsgrunnlag for riktigere prioriteringer. Med riktigere prioriteringer vil den aktivitet som kreves for å oppnå en viss grad av behovsdekning,

² Norsk pasientregister: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009 (IS-1756)

³ Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning 2009-2060, alt. MMMM.

reduseres noe. Det er derfor viktig at arbeidet med implementering av prioriteringsforskriften videreføres og at arbeidet med å etablere og drive de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene gis høy prioritet. Resultater fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for vurderinger og prioriteringer som sikrer drift med riktig innholdsmessig kvalitet og som motvirker overforbruk, underforbruk og feil bruk av helsetjenester.

Nødvendig aktivitetsvekst

Det er et mål å redusere rettighetspasientenes ventetider, og å jevne ut ulikhetene i ventetid regionene imellom. For at det skal bli mulig, må de utviklingstrekk vi har sett de senere år brytes. Hovedalternativene er:

1. Tilstrekkelig realvekst; ut fra tidligere års erfaringer kan 2-3 prosent pr. år være nødvendig.
2. Målrettet reduksjon/avvikling av lavprioritert aktivitet, anslagsvis 3 prosent per år.

Med riktigere prioriteringer vil behovet for realvekst trolig bli noe lavere enn det har vært i de senere år; riktigere prioriteringer kan også bidra til å redusere volumet av lavprioritert aktivitet.

Helsepolitisk sett er ikke aktivitetsbegrensning et meningsfullt mål. Man ønsker å unngå unødvendig aktivitet, men ut over dette er det ressursforbruket man ønsker å begrense. Legger vi det til grunn, kan en mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon muliggjøre både den nødvendige aktivitetsvekst en bærekraftig økonomisk utvikling av spesialisthelsetjenesten.

I tabellen ovenfor er realveksten i 2011 satt til 0,5 prosent. Dersom behovsdekningen skal opprettholdes, vil dette kreve streng prioritering.

0,5 prosent gjelder på nasjonalt nivå; veksten må selvsagt fordeles mellom regionene i henhold til Magnussenutvalgets behovsnøkkel.

Dersom aktiviteten i 2011 skal fastsettes som at antall DRG-poeng, kan dette gjøres med utgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2009; prognosen for 2010 kan være beheftet med feil som ikke er ubetydelig i forhold til den årlige vekst.

Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge viser en markert vekst i perioden 2004-2007. Fra 2007 til 2008 var økningen på henholdsvis 3,8 og 5,6 prosent:

Utvikling totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Nasjonale tall 2003-2008 (2008 kr.)

Nøkkeltall ^[1]	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Psykisk helsevern for voksne	10440	11117	11506	12716	13 197	3,78
- i tillegg kapitalkostnader		971	1076	1016	899	-11,52
Psykisk helsevern for barn og unge	1988	2155	2340	2589	2 735	5,64
- i tillegg kapitalkostnader		190	213	225	227	0,89

^[1] Det er ikke beregnet kapitalkostnader for private institusjoner uten driftsavtale, da dette antas å være betalt som en del av prisen de offentlige betaler de private.

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall
(<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009 (Omregnet til 2008 kr iht. konsumprisindeks SSB)

I likhet med tidligere år er det også for 2009 forutsatt at den samlede ressursøkning til psykisk helsevern i de regionale helseforetakene skal være større enn for somatiske tjenester. Iht. beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten er det bare Helse Sør-Øst RHF som har innfridd dette i 2009.

Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2003-2008.

Nøkkeltall	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Polikliniske konsultasjoner	758 979	867 390	930 789	988 418	1 098 898	11,1
Utskrivninger	41 249	43 515	47 549	47 681	49 195	3,2
Antall oppholdsdøgn	1 612 392	1 571 281	1 560 009	1 481 883	1 383 137	-6,7

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall
(<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009

Tabellen viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne i perioden 2004-2008 er økt med nesten 45 prosent (økning fra 2007 til 2008 på 11,1 prosent). Samtidig er antall oppholdsdøgn redusert, for hele perioden med 14,2 prosent, mens reduksjonen fra 2007 til 2008 er på 6,7 prosent.

Det har det skjedd en aktivitetsmessig omstrukturering innen voksenpsykiatrien fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS, poliklinikk og ambulant virksomhet, samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Sammenstillingen av ressursinnsats og aktivitetsutvikling kan tolkes som fallende produktivitet.

Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2003-2008.

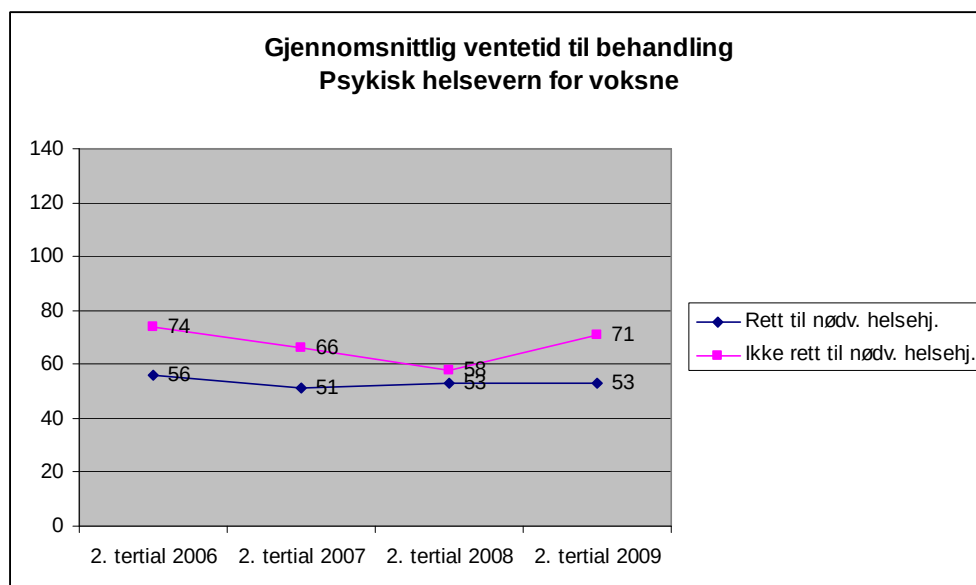
Nøkkeltall	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Oppholdsdøgn, døgnpasienter	87 386	87 880	84 221	80 839	79 400	-1,8
Behandlede pasienter	39 340	43 426	47 280	49 479	53 111	7,3
Polikliniske tiltak	495 963	561 304	641 972	717 160	816 960	13,9

Kilde: Oppholdsdøgn: SSB Statistikkbanken (<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>), 09.11.2009

Øvrige: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall
(<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009

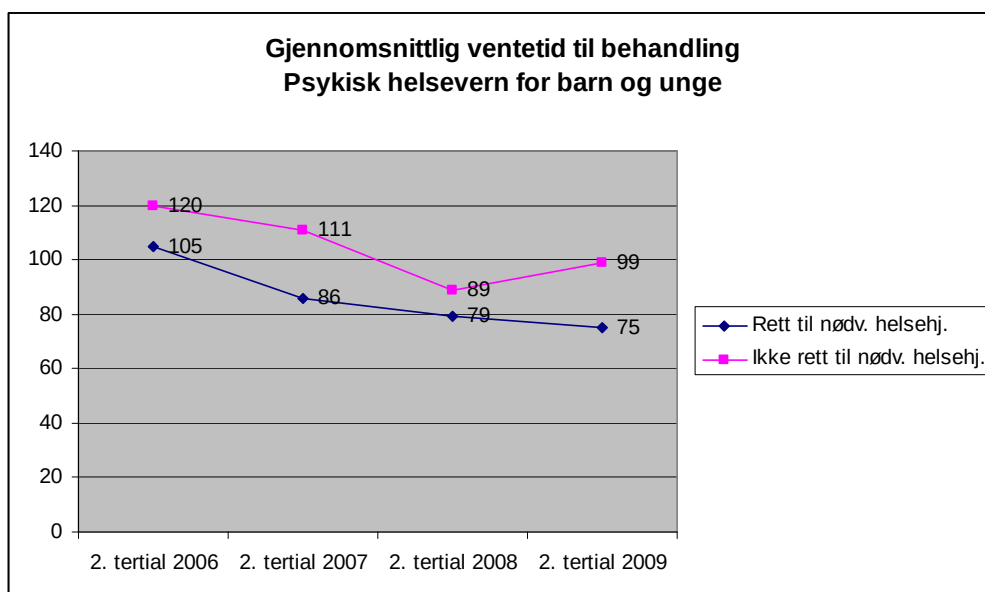
Tilsvarende omstrukturering som for psykisk helsevern for voksne med endring fra døgnopphold til poliklinisk behandling har også skjedd innen psykisk helsevern for barn og unge. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2004-2006 redusert med mer enn 9 prosent. Denne reduksjonen fant for det meste sted i perioden 2005-2007, mens nedgangen fra 2007 til 2008 er redusert til 1,8 prosent. Samtidig viser antall behandlede pasienter en økning på 35 prosent (fra 2007 til 2008 er økningen 7,3 prosent) og polikliniske tiltak en økning på noe under 65 prosent (nesten 14 prosent fra 2007 til 2008).

Gjennomsnittlig ventetid til behandling, fordelt etter rettighetsstatus per sektor/fagområde. 2. tertial 2006-2009



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Samlet sett har aktivitetsveksten de senere år medført en beskjeden reduksjon/stabilisering i ventetidene innen psykisk helsevern for voksne. Gjennomsnittlig ventetid til behandling viser små endringer i perioden fra 2006 til 2009, målt ut fra tall for 2. tertial. Variasjonen i ventetid fra år til år er mindre for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for de som ikke har rett til nødvendig helsehjelp.



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Innen psykisk helsevern for barn og unge er ventetidene redusert i perioden fra 2006 til 2009. Dette gjelder uavhengig av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2009-2011

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige fremstår som høyt prioriterte områder nasjonalt og regionalt. Samtidig ser en at det fortsatt er store uløste oppgaver.

På samme måte som innen somatikken må det påregnes en demografisk betinget behovsvekst også innen psykisk helsevern. Den øvrige behovsveksten som følge av bl.a.

endret sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser mv., er vanskelig å anslå og må vurderes ut fra utviklingen de senere år.

Det understrekes at det fortsatt er behov for å omstrukturere behandlingstilbudene for å oppnå tilstrekkelig faglig robuste behandlingstilbud på lokalsykehusnivå. Dette omfatter ytterligere økning av poliklinisk aktivitet, noe det også er behov for ut fra at ventetidene innen psykisk helsevern fortsatt er for lange.

Det vil i så måte være viktig å bedre tilgangen på legespesialister, nye legehjemler mv. Aktuelt i denne sammenheng er også å bedre takstene for samhandling/ veiledning, rehabilitering og ambulant virksomhet. Fokus på aktivitetsvekst og dreining av behandlingstilbudet betinger at det utvikles nye typer aktivitetsmål.

Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og forutsetningene om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før, med minimum 2 % per år. Behovsvekst utover dette bør kunne dekkes gjennom økte effektivitetskrav innen tjenesteområdet.

Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av St.prp. nr 1 (2007-2008). Planen omtaler utfordringene innen rusfeltet på et overordnet nivå, men drøfter ikke om det er behov for strukturelle endringer, jfr. opptrappingsplanen for psykisk helse som hadde stort fokus på oppbygging av lokalbaserte behandlingstilbud. Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten tilsvarende ressursmessig styrking.

Utvikling i totale driftsutgifter til tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Nasjonale tall 2003-2008. (2008 kr.)

Nøkkeltall ^[2]	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Rusbehandling	1872	2025	2217	2390	2 644	10,63
- i tillegg kapitalkostnader		86	95	88	142	61,36

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009 (Omregnet til 2008 kr iht. konsumprisindeks SSB)

Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004-2008 er de regionale helseforetakenes budsjetter til rusfeltet økt, fra 2007 til 2008 med 10,6 prosent. For perioden uttrykker dette til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettet inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten dokumenterer imidlertid at den prosentvise ressursveksten til rusbehandling har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester i alle regioner.

Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

^[2] Det er ikke beregnet kapitalkostnader for private institusjoner uten driftsavtale, da dette antas å være betalt som en del av prisen de offentlige betaler de private.

Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2006-2008.

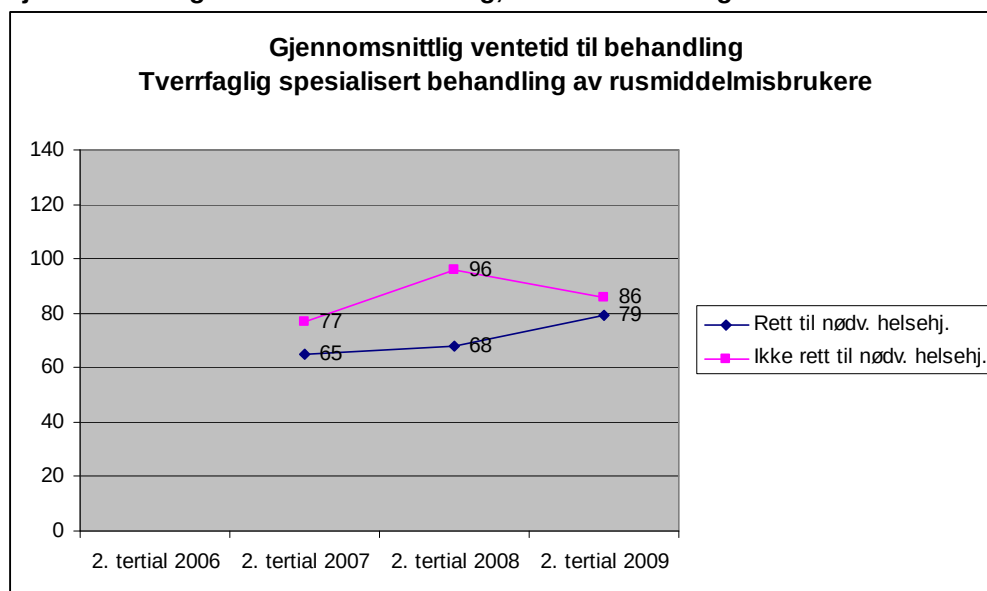
Nøkkeltall	2006	2007	2008	Prosent endring 06-07	Prosent endring 07-08	Prosent endring 06-08
Døgnplasser	1 588	1 617	1 615	1,8	-0,1	1,7
Registerbaserte årsverk	3 046	3 075	3 200	0,9	4,1	5,0
Oppholdsdøgn	574 882	569 139	576 819	-1,0	1,3	0,3
Innleggelser	13 188	12 473	12 450	-5,4	-0,2	-5,6
Polikliniske konsultasjoner		154 746	193 391		25,0	

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Rus - Nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Rus-Nokkeltall-/>), 09.11.2009

Eksisterende data på rusfeltet gir ikke god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Et av delmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre dokumentasjon og statistikk i rusfeltet. For å nå dette målet er det vedtatt obligatorisk registrering av aktivitetsdata for enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk fra 1. januar 2009. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

Registerbaserte årsverk er økt fra 2006-2008 med 5 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingsenheter.

Kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser en liten økning i antall døgnplasser fra 2006-2008, på tross av en reduksjon fra 2007 til 2008 på 0,1 prosent (2 plasser). Antall oppholdsdøgn er i samme periode økt med 0,3 prosent, mens antall innleggelser er redusert med 5,5 prosent og døgnopphold med 4,7 prosent. Polikliniske konsultasjoner viser en økning på 25 prosent fra 2007 til 2008.

Gjennomsnittlig ventetid til behandling, fordelt etter rettighetsstatus 2. tertial 2006-2009.

Korrigert for institusjoner og sykehus innenfor rus som ikke har rapportert data i perioden.
Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Fra 2. tertial 2007 til 2. tertial 2009 er gjennomsnittlig ventetid til behandling økt med mer enn 20 prosent for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp (over 90 % av alle pasienter). Tilsvarende økning for pasientgruppen som ikke har rett til nødvendig helsehjelp er noe mindre.

Nødvendig aktivitetsvekst og ressursvekst i perioden 2009-2011

Tjenesteområdet rus er en betydelig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, men målt i kostnader utgjør tjenesteområdet bare en sjettedel av rusbehandling og psykisk helsevern for voksne samlet sett.

Strukturen på dagens behandlingstilbud er til dels ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akuttfunksjoner (inkl avrusning og innleggelser etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Samhandling med det kommunale tjenesteapparatet og oppbygging av de kommunale tilbudene er viktig. Den høye raten overdosedødsfall i Norge er særlig bekymringsfull. Det er videre viktig å sikre nødvendig finansiering og kostnadseffektiv distribusjon av LAR-medikamentene.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester fortsatt styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Det vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

En har ikke statistiske metoder til å beregne behov og behovsutvikling innen TSB. Økningen i antallet henvisninger og ventelistetallene viser imidlertid behov for en mer forpliktende opptrappingsplan. Regjeringen har i Soria Moria erklæringen uttrykt at opptrappingsplanen skal videreføres, men uten at dette er fulgt opp med en planmessig økonomisk opptrapping. De regionale helseforetakene ser det som en betydelig fordel om eventuelle statlige rammeøkninger gis med forutsigbarhet over flere år.

Oppsummert er det behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst i form av rammeøkninger. Utover dette vil det også være viktig at de regionale helseforetakene bidrar til at effektiviteten innen tjenestene forbedres.

Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2011

- Det er viktig at eventuelle nye oppgaver som overføres til de regionale helseforetakene fullfinansieres. Dette har ikke skjedd ved overføringen av pasientreiser og automatisk frikort. Blant annet viser det seg at drift av pasientreiser med en forsvarlig internkontroll innenfor helseforetakene blir dyrere enn det som tidligere ble betalt til NAV. Kostnadene ved levering av data ifm. elektronisk frikort innebærer en stor kostnad samtidig som kostnadene i en overgangsfase øker kraftig fordi nødvendige opplysninger, i påvente av teknologiske løsninger, må fanges opp manuelt.
- De regionale helseforetakenes driftskreditter er fremdeles betydelige. Dette skyldes blant annet store utbetalinger i forbindelse med reguleringspremie knyttet til pensjon og akkumulerte regnskapsmessige underskudd. Dette gir betydelige rentekostnader og stor usikkerhet ved svingninger i rentenivået. Renten på driftskreditt i Norges Bank er i 2. halvår av 2009 på 2,07 %. Dette er et historisk lavt nivå og det er grunn til å tro at rentenivået vil være vesentlig høyere i 2011. Dette vil igjen gi de regionale helseforetakene nye utfordringer i forhold til økonomisk balansekrav.
- De regionale helseforetakene formoder at Samhandlingsreformen konkretiseres ytterligere i de kommende statsbudsjetter. Det er signalisert betydelige omstillinger og de regionale helseforetakene videreutvikler sine samhandlingsaktiviteter i lys av dette. Det vil være gunstig for denne utviklingen om det for 2011 kan etableres overgangsordninger som støtter opp under forberedelsene til reformen. Slike midler kan særlig rettes mot videreutvikling av tiltak på intermedieært nivå, og gjerne baseres på finansielt trepartssamarbeid mellom departement, foretak og kommuner. Styrking av slike

ordninger vil også bidra til å avlaste sykehusene for pasienter som kan få et likeverdig tilbud på lavere omsorgsnivå.

- De regionale helseforetakene understreker behovet for langsiktighet og forutsigbarhet i plan og budsjettprosessen. Det er derfor viktig at signaler om funksjonsendringer, inntektsendringer, nye oppgaver, nytt kodeverk etc. gis så tidlig som mulig, for eksempel gjennom revidert nasjonalbudsjett. Dette vil bidra til at endringene på en god måte kan fanges opp i de regionale helseforetakenes budsjettprosesser. Det anmodes videre om at fristen for innsending av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet flyttes til medio mars. Dette av hensyn til kvaliteten på prosess og sluttprodukt.
- Iht. opplysninger fra Norsk pasientskadeerstatning er det en betydelig vekst i erstatningsutbetalingene. Prognosen for 2009 viser en vekst på 157 mill. kroner samlet for de fire regionale helseforetakene, herav om lag 27 mill. kroner og en prosentvis vekst på 29,4 %, for Helse Vest RHF. Denne veksten vil bli innkrevd som ytterligere tilskudd for 2009 og videre lagt til grunn for innbetalingene i 2010. Dette er betydelig høyere enn budsjettert nivå for 2010 og det forventes at utgiftene som minimum vil ligge på samme nivå i 2011. Det er viktig at dette også blir lagt til grunn i fastsettingen av de samlede rammer for 2011.

Særskilte merknader frå Helse Vest RHF:

Styret i Helse Vest behandlet i møte den 12.12.2008 sak 121/08 B Investeringar – tilpassing av investeringsplanar i høve til finansielt og driftsmessig grunnlag. Helseforetakene må som en hovedregel styre og prioritere sine investeringer innenfor tilgjengelig likviditet generert fra driften med tillegg for eventuelle lån.

I møte den 2/9-2009 ble sak "081/09 B Nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin i Helse Bergen (BUSP) - konseptrapport - vidareføring til forprosjekt for etappe 1", behandlet av styret i Helse Vest. Det ble fattet følgende vedtak:

1. *Styret ber om at det blir etablert formell styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet om prosjektet "Nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin" i Helse Bergen.*
2. *Med atterhald om utfallet av styringsdialogen med Helse- og omsorgsdepartementet, godkjenner styret at fase 1 for nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) blir vidareført til forprosjekt. Forprosjektet skal bli lagt fram for styret i Helse Vest i tråd med gjeldande investeringsprosedyre.*
3. *Kostnadsramma for fase 1 blir sett til kr 1.310 mrd.*
4. *Helse Bergen HF må i samband med at forprosjekt blir lagt fram for Helse Vest gjere nærare greie for det finansielle og driftsøkonomiske grunnlaget for gjennomføring av prosjektet. Det skal utarbeidast følgjande beslutningsunderlag:*
 - *Investeringsanalyse med driftsøkonomiske konsekvensar*
 - *Langtidsbudsjett på 5 pluss 5 år som synliggjør:*
 - *Samla investeringsplan inkludert BUSP*
 - *Likviditetsmessige konsekvensar av investeringsplanen og behov for lån*
 - *Driftsøkonomiske konsekvensar av den samla investeringsplanen samt korleis føretaket skal løyse dei driftsøkonomiske konsekvensane*

Helse Vest har i brev datert 5/11-2009 oversendt konseptrapport (fase 1) til Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Bergen vil ikke klare å løfte prosjektet innenfor den ordinære

driftsrammen og det er derfor behov for lånefinansiering på om lag 50% av kostnadsrammen. Det er derfor ønskelig at det blir etablert en styringsdialog mellom HOD og Helse Vest for å avklare det finansielle grunnlaget for videreføring av prosjektet.

I tillegg har Helse Stavanger behov for tildeling av lån til gjennomføring og ferdigstilling av prosjekter innen psykisk helsevern samt innreising av 3. etasje MOBA.

Prosjektene innen psykisk helsevern gjelder nytt bygg for barne- og ungdomspsykiatrien og nytt Stavanger DPS.

Det er behov for 150 mill. kr i lån til hvert av disse prosjektene, samlet om lag kr 450 mill.

Helse Vest vil her komme tilbake med nærmere klargjøring av det finansielle behovet i samband med framlegg av langtidsbudsjett som blir behandlet av styret i Helse Vest tidlig 2010.

Med vennlig hilsen

Herlof Nilssen
Administrerende direktør