

Innspill statsbudsjett 2025

Sammendrag

De regionale helseforetakene mener at budsjettforutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad ikke er bærekraftig over tid. Ordningen har eksistert siden 2008, men den akkumulerte effekten siden 2019 er 3,44 mrd. kroner. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

Videre mener de regionale helseforetakene at de årlige bevilgningene må vurderes i lys av tre forhold; den underliggende veksten i fastlands-BNP, krav til fullfinansiert vekst i demografikostnader, og behovet for økt tilgang til og utvikling av tjenestene. Dekning av kostnadene som følge av de demografiske endringene er et minimumsnivå. En vekst som er lavere enn demografi gir dårligere kvalitet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene, mens en vekst som er over demografi legger til rette for å utvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2025 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). Det er for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent. Dette anslaget er gjort ved bruk av den nye framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB. Framskrivningsmodellen tar utgangspunkt i befolkningsutvikling og demografi, men tar også høyde for behov for styrket innsats i tjenesten. Det vurderes samtidig et behov på 0,4 prosent utover det framskrivningsmodellen gir, for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Videre er det for somatiske tjenester beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer kun demografisk betinget behovsvekst. Det vurderes et behov på 0,7 prosent utover det demografiske behovet for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Notatet trekker også fram følgende forhold:

- Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad
- Utfordringer i tilgang på personell
- Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
- Underfinansiert kostnadsvekst innen bygg
- Finansiering av pensjonspremie
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømt til behandling
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Driftsfinansiering protonsent

Innledning

Norge har en god og kostnadseffektiv helsetjeneste. Forventet levealder er to år lengre enn gjennomsnittet i EU, og Norge har lav dødelighet for en rekke sykdommer¹. Videre bruker Norge 3. mest på helse per innbygger av alle OECD-land, samt 9. mest målt som andel av BNP.² Spesialisthelsetjenesten står samtidig overfor flere utfordringer i tiden fremover.

Flere mennesker vil leve lengre, og mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 % av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 8,5% prosent i 2040 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene til SSB. Aldersutviklingen vil derfor kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

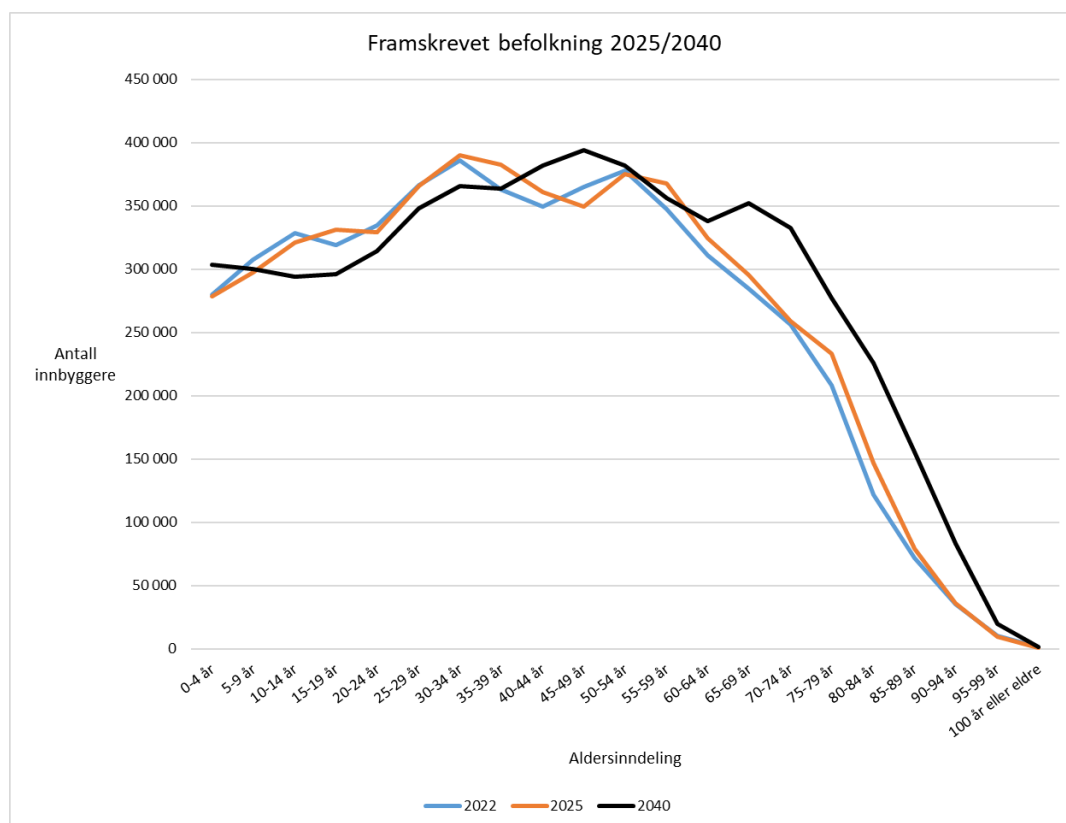
Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten i spesialisthelsetjenesten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad, som betyr at tjenesten får finansiert 80 prosent av det beregnede behovet for aktivitetsvekst. Finansiering av årlig vekst med en marginalkostnad på 80 prosent er ikke bærekraftig over tid når spesialisthelsetjenesten har et vedvarende høyt investeringsbehov.

Den første delen av notatet omhandler sentrale forutsetninger for å levere gode helsetjenester, samt andre øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett 2025.

Deretter omhandler notatet behovet for aktivitetsvekst. Dette behovet oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen, samt behov utover demografisk betinget vekst. Dette vil kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglige utviklinger, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

Bakgrunn

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



Figur 1 Befolkningstall for 2022, samt befolkningsframskriving av Norges befolkning for 2025 og 2040. Kilde SSB 2022.

Selv om endringene mellom 2022 og 2025 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i antall eldre.

Tabell 1 viser befolkningsutviklingen for helseforetakenes og sykehusenes opptaksområder for henholdsvis hele befolkningen og de over 65 år.

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

	Befolkningsutvikling						Endring			
	Alle aldre			65 år +			Alle aldre		65 år +	
	2019	2022	2040	2019	2022	2040	19-22	22-40	19-22	22-40
Helse Midt	730 604	739 979	786 893	133 028	143 210	198 816	1 %	6 %	8 %	39 %
Helse Møre og Romsdal OO	264 970	265 848	274 343	51 105	54 983	74 390	0 %	3 %	8 %	35 %
Helse Nord Trøndelag OO	135 529	134 424	134 924	27 315	29 206	38 642	-1 %	0 %	7 %	32 %
St. Olavs hospital OO	330 105	339 707	377 626	54 608	59 021	85 784	3 %	11 %	8 %	45 %
Helse Nord	486 452	481 926	488 296	93 204	99 515	134 162	-1 %	1 %	7 %	35 %
Finnmarksykehuset OO	75 865	74 129	75 450	13 647	14 430	20 372	-2 %	2 %	6 %	41 %
Helgelandsykehuset OO	78 476	77 234	75 022	16 366	17 395	22 729	-2 %	-3 %	6 %	31 %
Nordlandssykehuset OO	139 086	138 116	140 012	27 399	29 127	38 711	-1 %	1 %	6 %	33 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	193 025	192 447	197 812	35 792	38 563	52 350	0 %	3 %	8 %	36 %
Helse Sør-Øst	3 002 385	3 076 276	3 402 035	514 228	553 736	825 737	2 %	11 %	8 %	49 %
Akershus universitetssykehus OO	569 975	593 356	691 438	90 987	97 700	154 855	4 %	17 %	7 %	59 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	141 810	144 706	161 434	23 732	25 205	37 106	2 %	12 %	6 %	47 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	154 927	163 166	167 815	10 928	12 142	20 998	5 %	3 %	11 %	73 %
Oslo universitetssykehus OO	274 385	281 866	326 259	34 718	36 999	59 988	3 %	16 %	7 %	62 %
Sykehuset i Vestfold OO	244 393	250 862	275 266	47 182	51 628	76 917	3 %	10 %	9 %	49 %
Sykehuset Innlandet OO	338 619	338 874	351 224	72 687	77 194	102 977	0 %	4 %	6 %	33 %
Sykehuset Telemark OO	173 318	173 970	179 917	35 559	38 189	51 963	0 %	3 %	7 %	36 %
Sykehuset Østfold OO	314 671	323 453	361 807	60 099	64 854	97 138	3 %	12 %	8 %	50 %
Sørlandet Sykehus OO	305 244	311 134	337 595	52 861	57 549	84 885	2 %	9 %	9 %	48 %
Vestre Viken OO	485 043	494 889	549 280	85 475	92 276	138 910	2 %	11 %	8 %	51 %
Helse Vest	1 108 771	1 127 089	1 207 026	178 381	193 013	288 277	2 %	7 %	8 %	49 %
Helse Bergen OO	452 796	461 187	504 173	72 935	78 539	116 568	2 %	9 %	8 %	48 %
Helse Fonna OO	180 308	181 028	183 002	32 683	35 029	49 463	0 %	1 %	7 %	41 %
Helse Førde OO	108 622	108 472	107 190	21 630	22 985	30 157	0 %	-1 %	6 %	31 %
Helse Stavanger OO	367 045	376 402	412 661	51 133	56 460	92 089	3 %	10 %	10 %	63 %
Totalsum	5 328 212	5 425 270	5 884 250	918 841	989 474	1 446 992	2 %	8 %	8 %	46 %

Tabell 1 Befolkningstall for 2019, 2022, samt framskrivning av 2040. Kilde SSB 2022.

Tabellen viser at det i perioden 2019-2022 har vært en vekst i hele befolkningen på om lag 2 prosent, med en betydelig variasjon mellom de ulike opptaksområdene. Framskrivningene til SSB viser en 8 prosent vekst frem mot 2040.

Aldersgruppen over 65 år er de som har størst behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Tabell 1 viser en betydelig befolkningsvekst i denne aldersgruppen. I perioden 2019-2022 har det vært en samlet nasjonal vekst på 8 prosent, med variasjon mellom opptaksområdene. SSB sine framskrivninger viser videre en nasjonal vekst på 46 prosent frem mot 2040.

Sentrale forutsetninger for å gi gode helsetjenester

De regionale helseforetakene ønsker å trekke frem noen sentrale forutsetninger for å gi gode helsetjenester.

Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig

Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. I helseforetakene har det over tid vært en produktivitetsvekst. Investeringer i teknologi, nye bygg og utstyr, organisasjonsutvikling, nye metoder, forbedrede utdanningsløp mv. kan bidra til å øke produktiviteten ytterligere. Det er samtidig slik at investeringer i spesialisthelsetjenesten ikke automatisk reduserer de variable kostnadene, men heller bidrar til bedre kvalitet.

En marginalkostnadstilnærming stiller store krav utnyttelse av bemanning og utstyr. Utviklingen i sektoren tilsier også mer spesialisert pasientbehandling og nye behandlingsformer, som ofte krever mer ressurser og dyrere innsatsfaktorer. Dette gir mindre skalafordele i driften, og gjør det stadig mer krevende å realisere aktivitetsvekst innenfor 80 prosent finansiering.

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

Finansiering av årlig vekst med en marginalkostnad på 80 prosent er ikke bærekraftig over tid når spesialisthelsetjenesten har et vedvarende høyt investeringsbehov. Spesialisthelsetjenesten får en samlet bevilgning til drift og investering. En marginalfinansiering vil også underregulere veksten i investeringsbehovet, som er nødvendig for å håndtere aktivitetsvekst. Tabell 2 viser effekten av 80 prosent marginalfinansiering for perioden 2019-2024. Ordningen har eksistert siden 2008, men den akkumulerte effekten siden 2019 er 3,44 mrd. kroner.

Effekt av 80 prosent marginalfinansiering (i mill. kroner, 2023-kroner)		
ÅR	Beløp	Forventet %-vis vekst i pasient-behandling
2019	548	1,7
2020	470	1,5
2021	734	2,3
2022	548	1,7
2023	516	1,5
2024	*625	1,8
Akkumulert	3 441	

* Basert på forslag i prop 1 (2023-2024)

Tabell 2 Beregnet effekt av marginalfinansiering. Kilde Prop. 1S.

I Prop. 1 S (2022-2023), ble avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) erstattet av et generelt krav til effektivisering, som kommer i tillegg til 80 prosent marginalkostnad. I 2024 utgjør dette 255 millioner kroner fra sykehusenes driftsbevilgning. Samlet gir det generelle kravet til effektivisering og 80 prosent marginalkostnad strammere økonomiske rammer, og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene setter av midler til framtidige investeringer. Midler til dette må delvis skaffes til veie gjennom kontinuerlig modernisering og forbedring av driften. Det er imidlertid begrenset hvor mye effektivisering den personaltunge spesialisthelsetjenesten tåler fra år til år, uten at det går ut over kvalitet på pasientbehandling og rekruttering til tjenesten. Endringer i drift krever ofte samtidig investeringer i bygg, utstyr og IKT.

Det er nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige behovet for aktivitetsvekst, samt gir handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillings- og investeringstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. Dette gjennom investering i bygg og utstyr, samt økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. De regionale helseforetakene ber derfor om at behovsveksten reflekteres fullt ut i bevilgningene.

Utfordringer i tilgang på personell

Helsepersonellkommisjonen² viser til at flere sykehus i større grad opplevd vanskeligheter med å beholde og rekruttere personell. Blant annet er det utfordringer knyttet til å rekruttere sykepleiere til ordinære sengeposter, intensivsykepleiere, jordmødre, samt personell innen psykisk helsevern. Sykehusene er komplekse organisasjoner, og rekrutteringsutfordringene gjør det vanskelig å opprettholde flere grunnleggende tjenester. Sammensatte og avanserte oppgaver løses i samspill

² NOU 2023:4 Tid for handling

mellom forskjellige spesialiserte yrkesgrupper. Mange tjenester er døgnåpne og bemannes gjennom skiftarbeid. Når én spesialist mangler, kan tjenesten stoppe opp.

Parallelt med denne utviklingen, bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft. Antallet personer i yrkesaktiv alder faller i absolutte tall. Demografiutviklingen betyr altså både en økning i antallet eldre og en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder – samtidig. Denne utviklingen blir særlig stor i helseforetakene utenfor de store byene.

I årene fremover vil det være avgjørende at spesialisthelsetjenesten settes i stand til å opprettholde en investeringstakt som gjør det mulig å imøtekomme de fremtidige behovene i en tid hvor tilgangen på personell vil reduseres, gjennom å investere i teknologi, utstyr, bygg, legemidler osv.

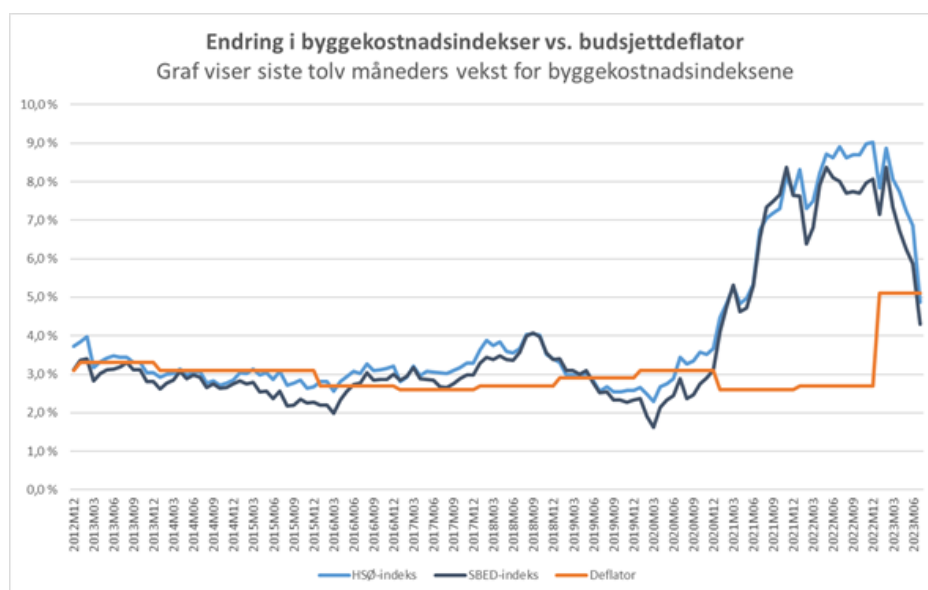
Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Fra og med 2018 ble renteberegningsregimet knyttet opp til boliglånsrentene. Dette gir en ekstrabelastning for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Bankenes risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Det vil være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko, dersom spesialisthelsetjenesten går tilbake til renteberegningsregimet som gjaldt for prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. En slik endring vil også vesentlig styrke bæreevnen for sektoren.

Underfinansiert kostnadsvekst innen bygg

Deflatoren i statsbudsjettet og byggekostnadsindeksen har historisk sett vært tilnærmet like. De siste tre årene har imidlertid bygge- og anleggsnæringen opplevd en ekstraordinær kostnadsvekst, synliggjort gjennom SSBs byggekostnadsindeks. Byggekostnadsnivået økte vesentlig mer enn inntektene til sektoren, som reguleres med vanlig statsbudsjettdeflator, og reduserte realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. Årsakene til veksten er sammensatte, men utgjøres først og fremst av forhold knyttet til Covid-19 pandemien og deretter krigen i Ukraina, samt problemer i internasjonal transport.

Figur 2 viser Helse Sør-Østs sykehusindeks, basert på SSBs byggekostnadsindeks for boligblokk, som benyttes i de fleste av landets byggeprosjekter, sammenlignet med statsbudsjettdeflator.



Figur 2 Utvikling i byggekostnadsindeks og statsbudsjettdeflator

I revidert nasjonalbudsjett for 2023 ble prinsippet for prisjustering av byggeprosjektenes lånerammer endret. Frem til nå har lånerammene blitt justert med den generelle deflatoren, som benyttes for prisjustering av de samlede bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Nytt prinsipp legger til grunn en vektet byggekostnadsindeks benyttet av Statsbygg (SBED-indeks). Nytt prinsipp fikk tilbakevirkende kraft for byggeprosjekter for perioden 2015-2022 for prosjekter med tildelt låneramme over statsbudsjettet. Effekten er at det gis om lag 3,8 milliarder kroner i økte låneutbetalinger.

Spesialisthelsetjenesten har og planlegger store investeringer. Det har vært en betydelig økning i kostnadsnivået, som ikke er finansiert gjennom basisrammen. Økte investeringskostnader vil redusere helseforetakenes evne til å håndtere kapitalkostnadene, samt stille med nødvendig egenfinansiering. For å sikre den økonomiske bæreevnen i igangsatte og planlagte investeringer, ber vi om at det tas høyde for en inntektsvekst som kompenserer for den store byggekostnadsveksten som har skjedd siste tre årene.

Selv om deler av kostnadsveksten sektoren opplevde i 2022 i etterkant har blitt kompensert, vil de regionale helseforetakene understreke betydningen av stabilitet i rammebetingelsene. Det er avgjørende viktig for sektoren at rammebetingelsene følger den generelle utviklingen, både når det gjelder prisstigning og renteforutsetninger.

Finansiering av pensjonspremie

Spesialisthelsetjenesten er finansiert for pensjonskostnaden som del av årlig tildelt basisramme, mens likviditet for differansen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad blir håndtert med endring i de regionale helseforetakenes driftskredittrammer i statskassen. Renten på driftskreditt følger de regionale helseforetakenes flytende rentebetingelser ved lån i statskassen, dvs. statsrente med et påslag på 0,4 prosentpoeng.

De siste årene har pensjonspremiene vært vesentlig høyere enn pensjonskostnaden. De regionale helseforetakenes driftskredittramme er p.t. om lag 21 302 millioner kroner. Norsk Regnskapsstiftelse sin veiledning knyttet til pensjonsforutsetninger fra juni 2023, indikerer at pensjonspremiene vil bli vesentlig høyere enn pensjonskostnaden også for 2024. Redusert kontantbeholdning og/eller trekk på driftskredittrammen gir betydelige rentekostnader. Dette medfører at spesialisthelsetjenestens samlede midler til drift og investeringer i økende grad må reserveres til rentebelastningen fra forskjellen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad. De regionale helseforetakene har en akkumulert negativ renteeffekt på om lag 5,5 milliarder kroner i perioden 2024-2030 (om lag 736 millioner kroner årlig) av nåværende premieavvik.

De regionale helseforetakene ber om at finansieringen av pensjonspremiene vurderes endret for å opprettholde stabile rammebetingelser for drift og investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2025

- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømte til behandling
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Driftsfinansiering protosenter

Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar

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

Både NOU 2023-14 Forsvarskommisjonen og NOU 2023-17 Totalberedskapskommisjonen omtaler utfordringer ved dagens helseberedskap. Begge NOU-ene peker på at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseberedskapen og konsekvensene av økt fare for krise og krig. Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) har i forbindelse med NOU 2023-14 vurdert den sivil-militære helseberedskapen til å være betydelig underdimensjonert for å håndtere pasientvolumet som kan oppstå ved en sikkerhetspolitisk krise eller væpnet konflikt. Det gjelder blant annet manglende kapasitet i sykehusene til å motta og behandle et stort antall militære traumepasienter.

Videre peker begge NOU-ene på at planverk og konsepter er dårlig koordinert, og har ikke tatt utgangspunkt i adekvate tapsestimater. De senere års endringer i utfordringsbildet gjør at behovet for langsiktig planlegging innen nasjonal beredskap øker, og at planleggingsforutsetninger må tydeliggjøres. Det er behov for en overordnet dimensjonering av nasjonal beredskap og det er en forutsetning at overordnede myndigheter fastsetter klare og veldefinerte mål for de aktiviteter som skal utføres av virksomhetene. Dette inkluderer føringer for hvilken kapasitet, utholdenhet og omstillingsevne virksomheter forventes å ha. Eksempelvis gjelder dette antall døgn og timer som sykehus skal planlegge for i tilfelle bortfall av kritiske innsatsfaktorer for helsetjenesten, inkludert vann og strøm.

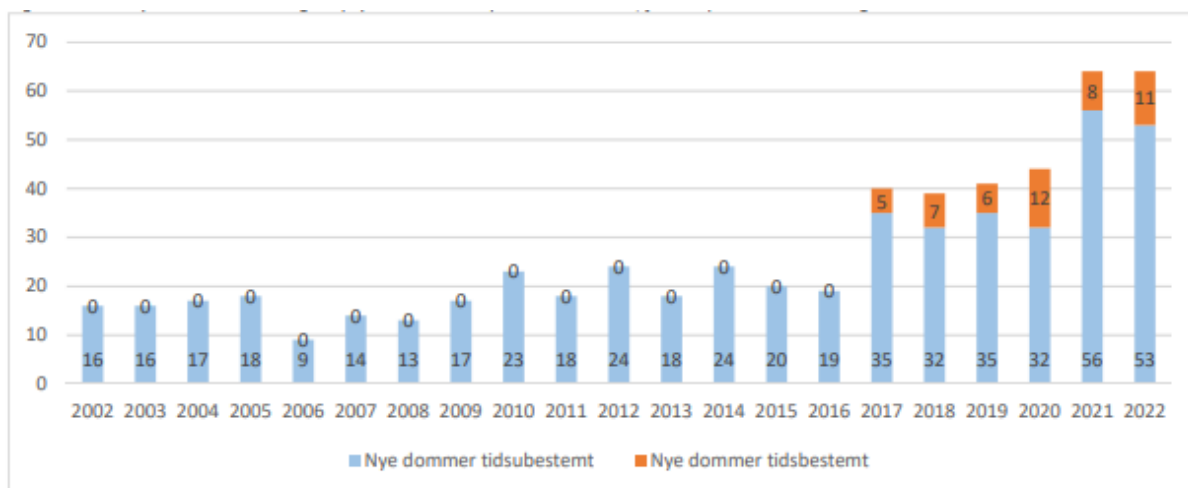
Denne utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak, og mer øvingsaktivitet. Videre vil det kunne ha innvirkning på sykehusenes byggeplaner og investeringskostnader. Disse tiltakene vil trolig gi en økonomisk merbelastning, som vanskelig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

Dømte til behandling

Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men som følge av dom og kjennelse fra justissektoren. Spesialisthelsetjenesten har etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter som har ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko, og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

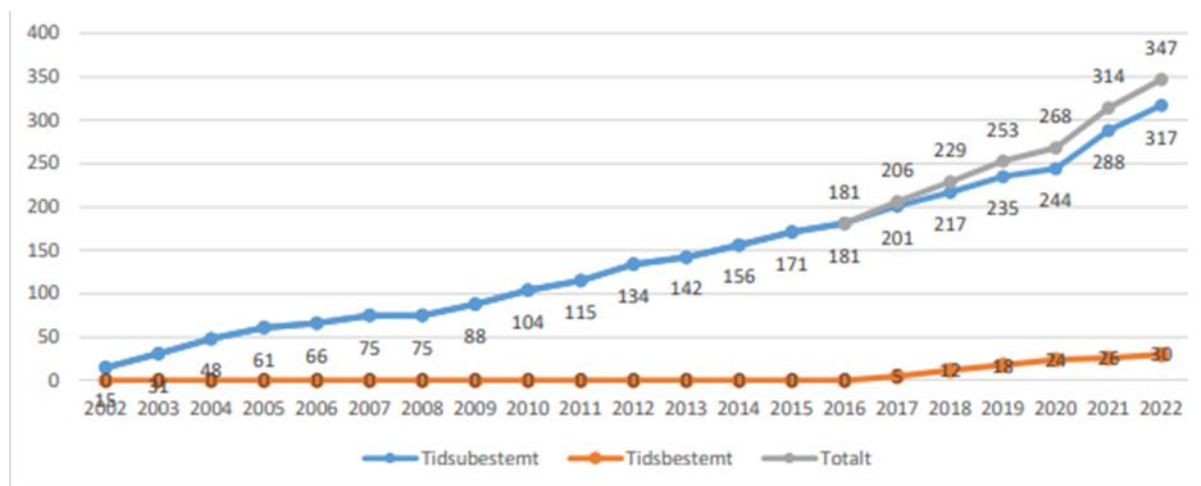
Dømte til tvungen psykisk helsevern får enten en tidsubestemt eller tidsbestemt dom. Tidsubestemt innebærer at dommen kan opprettholdes så lenge samfunnsvernet krever det, mens tidsbestemt er varigheten begrenset til tre år.

Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene, jf. figur 3.



Figur 3 Antall nye dommer til tvungen psyisk helsevern per år 2002-2022, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psyisk helsevern

I 2012 var det 24 nye dommer, mens det i 2022 ble avsagt 64 dommer på overføring til tvungen psyisk helsevern. 53 av disse var til tidsubestemt dom, mens 11 var til tidsbestemt dom.



Figur 4 Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungen psyisk helsevern 2002-2022, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psyisk helsevern

Figur 4 viser at antall dømte i behandling har økt betydelig, og at det i 2022 var 347 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldspromatikk. Tabell 3 viser at 65 % av de dømte pasientene var i behandling med døgnopphold. Av de dømte i døgnbehandling var 66% ved en sikkerhetsavdeling.

Behandlingsnivå	Tidsubestemt		Tidsbestemt		Totalt
	Med døgn	Uten døgn	Med døgn	Uten døgn	
Regional sikkerhetsavdeling	14	0	0	0	14
Lokal sikkerhetsavdeling	124	16	11	1	152
Allmennpsykiatrisk avdeling	43	7	9	2	61
Akuttpsykiatrisk avdeling	2	0	0	0	2
DPS	9	93	2	4	108
Annet/privat tiltak	9	0	1	0	10
	201	116	23	7	347
Totalt	317		30		

Tabell 3. Behandlingsnivå ved årsskifte 2022/2023. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern

I konsekvens reduseres behandlingsskapasiteten for andre pasienter, som vil ha like stort behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvat oppfølging og behandling. Anslag viser at et liggedøgn i sykehusfunksjoner har 57% høyere kostnad enn ved et DPS. De regionale helseforetakene ber om at bevilgningen tar hensyn til de økte kostnadene som dømte til behandling medfører.

Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr

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

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernutstyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at det ikke er rimelig at spesialisthelsetjenesten dekker disse kostnadene. Det er skissert at etableringen vil ta om lag 1,5 år, og deler av etableringen og deretter driftsfasen vil derfor påvirke 2025. Etablering og drift av et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr representerer en oppgave som fordrer særskilt finansiering.

Driftsfinansiering av protonsententer

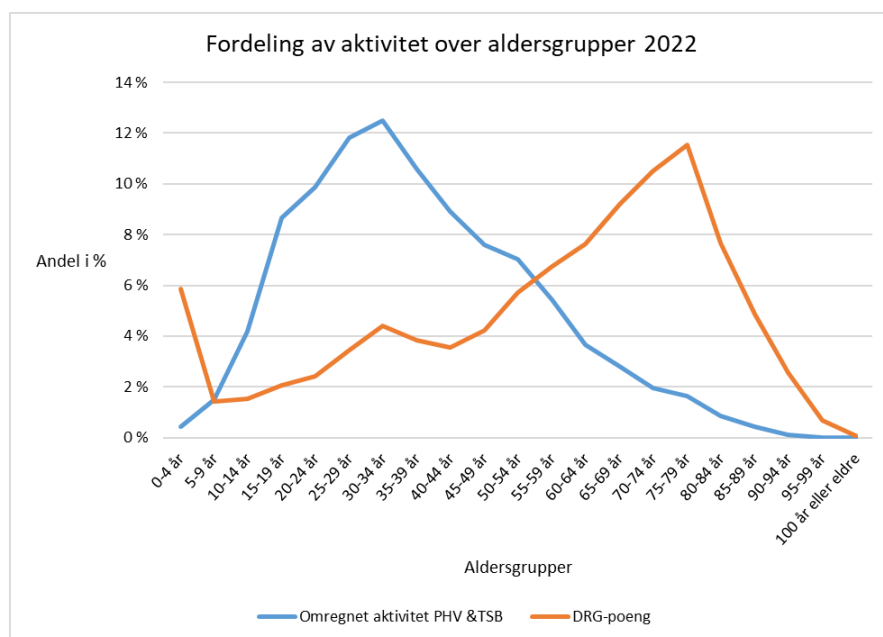
Protonbehandling er et nytt nasjonalt behandlingstilbud som skal etableres i Helse Vest og Helse Sør-Øst på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Etablering og drift av protonsentret vil medføre økte kostnader, både drifts- og kapitalkostnader, for Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF. I tillegg vil både St. Olavs hospital HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF få økte behandlingskostnader både i forkant og i etterkant av protonbehandlingen.

I Prop. 1 S (2023–2024) er det angitt at de regionale helseforetakene må dekke økningen i kapitalkostnader for protonsentrene innenfor de ordinære, frie driftsbevilgningene. Etablering av protonsentrene vil gå på bekostning av midler til øvrig virksomhet. De regionale helseforetakene ber Helse- og omsorgsdepartementet om å revurdere denne beslutningen.

Behov for aktivitetsvekst 2025

Figuren under viser aldersfordelingen av aktivitet for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Den viser at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre del av befolkningen, sammenlignet med somatikk. Hovedtyngden av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB gis til aldersgruppen 20 - 40 år, mens det i somatikken er aldersgruppen 65 - 89 år som har høyest aktivitet.

Den demografiske betingede veksten gir dermed ulik effekt mellom tjenesteområdene. I årene fremover får vi betydelig flere eldre. Det gir en stor demografisk betinget vekst i somatikken, ettersom det i hovedsak er de over 65 år som har behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Psykisk helsevern har en yngre pasientpopulasjon, og den fremtidige befolkningsveksten for disse aldergruppene er lavere enn de eldre aldersgruppene. Det gir lavere demografisk betinget vekst for psykisk helsevern og TSB.



Figur 5 Fordeling av aktivitet i 2022 fordelt på ulike aldersgrupper

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I 2022 ble den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB revidert. Modellen inkluderer både demografisk betinget behov, og behov utover demografi på grunn av endringsbehov i tjenestetilbudet. Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB anslår et nasjonalt behov for vekst i liggedøgn på 7,1 prosent, og 15 prosent i poliklinikk frem mot 2040.³ Modellen forutsetter følgende endringsbehov:

- En vridning av aktivitet som gir økt kapasitet til behandling og oppfølging av barn- og unge generelt, og spiseforstyrrelser spesielt.
- Satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller.
- Styrke basis- og akutt-tjeneste innen TSB.
- Videreutvikling av poliklinikk for å bedre tilbud og møte utfordringer med tilgang på personell. Behov for generell vekst, men særlig:
 - Alkoholrelaterte problemstillinger

³ [Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)

- Økt andel eldre i spesialisthelsetjenesten
- Digitale tjenester

Modellen estimerer fremtidig behov for liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling. For å ha et enhetlig uttrykk har vi omregnet aktiviteten til vektete liggedøgn.

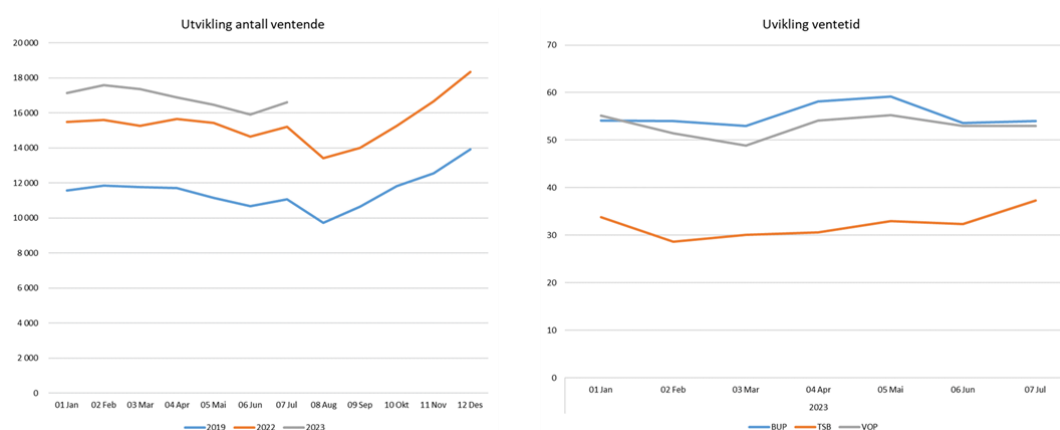
Tabell 4 viser den omregnede aktivitet framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2025.

ÅR	Omregnet aktivitet	Endring
2021	1 879 986	
2022	1 910 165	1,6 %
2023	1 940 345	1,6 %
2024	1 970 524	1,6 %
2025	2 000 704	1,5 %

Tabell 4 Omregnet aktivitet. Vektene er basert på NOU 2019:24 inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 1,5 prosent fra 2024-2025.

Fra 2019 og frem til i dag har det vært en vekst i pasienter med behov for helsehjelp innen psykisk helsevern og tverspesialisert rusbehandling. Figuren nedenfor viser utviklingen for henholdsvis antall ventende og ventetidsutviklingen.



Figur 6 Utvikling i antall ventende samlet for BUP, TSB og VOP for 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt. Utvikling i ventetid for avvilede pr måned for BUP, TSB og VOP for 2023. Nasjonalt.

Figur 6 ovenfor viser at utviklingen i antall ventende er noe redusert gjennom 2023. Samtidig er det 6% flere som venter pr juli 2023, sammenlignet med juli 2022. Videre viser figuren at ventetidene er høyere enn målkravene for alle tjenesteområdene.

I juni 2023 var det om lag 1100 flere som ventet enn i juni 2022. Det vurderes dermed et behov på 0,4% utover det framskrivningsmodellen gir, for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider, jf. tabell 5.

Endring i antall ventende juni 2022 - juni 2023	1 100
Antall konsultasjoner juni 2022 - juni 2023	3 816 136
Antall konsultasjoner pr individ	13,5
Estimert etterslep (endring i antall ventende * antall konsultasjoner pr individ)	14 833
Behov	0,4 %

Tabell 5 Estimert behov for å redusere antall ventende og ventetider PHV og TSB. Nasjonalt.

Gjennom Covid-19 pandemien var det en betydelig økning i antall individer med behov for helsehjelp innen psykisk helsevern, og som resulterte i et behov for å revidere framskrivningsmodellen for disse tjenestene. Framskrivningen av behovet for helsetjenester baserer seg på forventede utviklingstrekk, men alle slike framskrivinger er usikre. Tall for 2022 viser at aktivitetsnivået⁴ er på samme nivå som i 2021, hvor det var en betydelig trykk mot disse tjenestene. Det er derfor viktig å følge utviklingen sammenholdt med de forutsetningene som framskrivinger baseres på.

Somatikk

Det er vanlig praksis at siste tilgjengelige år benyttes som utgangspunkt for framskrivinger. Dette er hensiktsmessig av flere årsaker, hvor blant annet organisatoriske forhold⁵ og faglig utvikling⁶ vil være mest oppdatert. Av den grunn er 2022 brukt som utgangspunkt, selv om det er noe usikkerhet rundt 2022 med tanke på at store deler av året var preget av pandemi.

For å beregne veksten i DRG-poeng som følge av den demografiske utviklingen, multipliseres snitt DRG-poeng per pasient per fem-årig alder, kjønn og kommune i 2022, med endringen i antall innbyggere for det enkelte år.

Denne metoden med utgangspunkt i aktiviteten i 2022, gir en forventet nasjonal økning i antall DRG-poeng fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent, som vist i tabell under.

ÅR	DRG	Endring
2021	1 549 553	
2022	1 589 374	2,6 %
2023	1 619 818	1,9 %
2024	1 645 042	1,6 %
2025	1 669 177	1,5 %

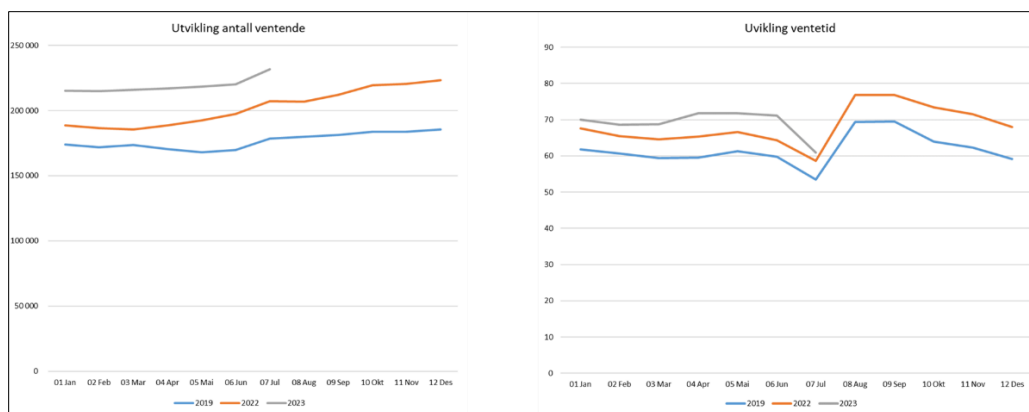
Tabell 6 Demografisk framskrivning av DRG-poeng. Femårig alder, kjønn og kommune. SSBs befolkningsframskrivning av 2022.

Den rene, naive framskrivningen tar ikke hensyn til andre endringer enn alders- og kjønnssammensetningen i Norge. Gjennom pandemien og i 2023 har ventetider og antall ventende økt innen somatikken, jf. figur 7 nedenfor.

⁴ Målt i antall individer og omregnet aktivitet.

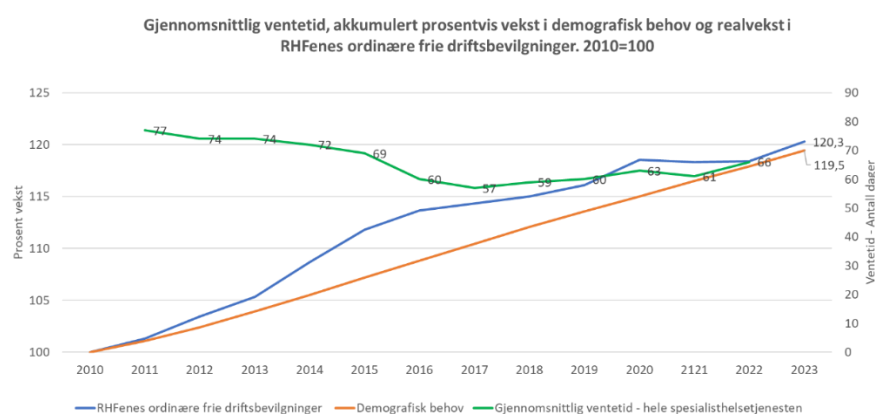
⁵ F.eks. kommuneinndelinger er samstemt over ulike informasjonskilder og oppdatert sykehusstruktur.

⁶ F.eks. etablering og utbredelse av samme-dags innleggelser ved planlagt kirurgi, overgang til dagkirurgi, og overgang fra døgninnleggelse til poliklinisk utredning og behandling ved planlagte medisinske opphold.



Figur 7 Utvikling i antall ventende for 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert. Utvikling i ventetid for avviklede pr måned 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert.

Figuren viser en negativ utvikling i tilgang til spesialisthelsetjenesten ved at ventetidene har økt, og fortsetter å øke i 2023, samtidig som at det er flere som venter.



Figur 8 Ventetid, akkumulert vekst i demografisk behov, og realvekst i RHF-enes frie driftsbevilgninger 2010-2023.

Figuren viser at den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert betydelig i perioden 2014-2017. I denne perioden var også veksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler høyere enn det demografiske behovet.

I juni 2023 var det om lag 25 000 flere som ventet enn i juni 2022. Det vurderes dermed et behov på 0,7% utover det demografiske behovet, for å legge til rette for å redusere ventetider og antall ventende, jf. tabell 7.

Endring i antall ventende juni 2022 - juli 2023	25 000
Antall DRG-poeng juni 2022 - juni 2023	735 074
Antall DRG-poeng pr individ elektive opphold	0,445
Estimert etterslep (endring i antall ventende * antall drg-poeng pr individ)	11 126
Antall drg-poeng totalt 2022	1 597 464
Behov	0,7 %

Tabell 7 Estimert behov for å redusere antall ventende og ventetider somatisk. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert.