

Møtedato: 23. november 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:
Kirsti F. Tidemann

Dato:
12.11.2022

Styresak 168-2022

Statsbudsjett 2024 – innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionale helseforetak

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2024.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024:
 - Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Budsjettforutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Kostnader knyttet til mål for miljø/klima
 - Finansiering av legemiddelområdet
 - Utdanning
 - Beredskapsarbeid
 - Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
 - Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
 - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"
 - Driftsfinansiering av protonsentere i Helse Vest og Helse Sør-Øst
3. Styret ber om at følgende innspill fra Helse Nord RHF vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024:
 - Effekt av endringer i demografisk nedgang reduseres i inntektsfordelingsmodellen mellom regionale helseforetak

4. Styret ber om at innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionene oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Bodø, 12. november 2022

Hilde Rolandsen
fung. administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2022 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2024 innen 1. desember 2022.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2024.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer, i tillegg til at det i vedlegg 2 fremmes eget innspill fra Helse Nord RHF.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Aktivitetsforutsetninger – innspill til statsbudsjettet for 2024

Veksten i behov for helsetjenester har flere drivere, hvorav tre viktige er:

1. demografiske endringer
2. at sykdomsbildene blir mer kompliserte
3. at det kommer nye, og mer kostbare behandlingsmetoder

Aktivitetsbehovet påvirkes av befolkningsveksten, at befolkningen blir eldre og at antall pasienter med flere samtidige sykdommer øker. I tillegg påvirkes behovet av ny og kostnadskrevenne diagnostikk og behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler, et ønske om kortere ventetid og av andre helsepolitiske prioriteringer.

I regjeringens perspektivmelding¹ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. I meldingen konkluderes det med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Flere mennesker vil leve lengre, og med flere kroniske sykdommer. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene. Aldersutviklingen vil kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst utover befolkningsveksten. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig å utvikle helsetjenesten gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

I 2022 har det vært en generell pris- og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene i statsbudsjettet. Dette har redusert realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022. Dette vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere nødvendige investeringer. I Prop 1S (2022-2023) anslår regjeringen en negativ realvekst i 2022 på ca. 0,7 prosent.

¹ Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

Situasjonen inn mot 2024 vil bli krevende. Negativ realvekst i 2022 er ikke kompensert i forslag til statsbudsjett for 2023. Videre er det i forslag til statsbudsjett for 2023 lagt til grunn en deflator på 3,8 prosent. Hvis man legger Norges Banks pengepolitiske rapport 3/2022 til grunn, forventes deflator i størrelsesorden 4,5-4,6 prosent.

Framskrivningene av aktivitetsbehov er i notatet todelt. Den første delen er behovet for aktivitet som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen. Den andre delen av framskrivningene er behovet for vekst, som ikke fanges opp i en demografisk framskrivning. Dette vil kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglige utviklinger, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

I tillegg til framskrivninger av aktivitetsbehov gir de regionale helseforetakene innspill på overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet. Disse er nærmere beskrevet til slutt i det vedlagte notatet.

Demografisk betinget vekst

Behovet for aktivitetsvekst som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen kalles for den demografisk betingede veksten. Estimert av behovet tar utgangspunkt i sammenhengen mellom aldersfordelingen og forbruk som sees i spesialisthelsetjenesten i dag.

Demografisk betinget vekst – somatikk

Framskrivningen av behov for aktivitetsvekst innen somatikk gjøres på antall DRG-poeng. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskrivning av 2022 er benyttet som grunnlag. For å beregne veksten i DRG-poeng ganges snitt DRG-poeng per pasient, fordelt på alder og kjønn i 2021, med endringen i antall pasienter i årene framover.

Denne beregningen gir en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2023 til 2024 på 1,6 prosent.

Demografisk betinget vekst – Psykisk helsevern og TSB

En tilsvarende framskrivning av forventet demografisk vekst innen psykisk helsevern og TSB som i somatikk er vanskelig. Dette særlig fordi kostnadsvektarbeidet innen psykisk helsevern og TSB er kommet kortere enn i somatikk. De regionale helseforetakene har valgt å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som vekt per snitt kostnad per enhet. Denne er deretter framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2024, og gir et uttrykk for forventet vekst, som følge av forventede demografiske endringer. Dette er en grovkornet tilnærming, og vil maskere eventuelle endringer i pasientsammensetning som er mer ressurskrevende.

Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 0,6 prosent forutsatt dagens behandlingsprofil på alder og kjønn i 2024, som i 2021. Den relativt lave veksten, sammenlignet med somatikken, har sammenheng med at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre befolkning enn i somatikk. Hovedtyngden av behandlingen er for aldersgruppen 25–34 år. For somatikk er det høyest aktivitet for aldersgruppen 75–79 år.

Forventet behov for vekst utover demografi

Vekst ut over demografisk betinget vekst - somatikk

Den rene, naive framskrivningen tar ikke hensyn til andre endringer enn alder- og kjønns sammensetningen i Norge. Vekst utover demografisk betinget vekst er en sum av flere forhold. Vekst oppstår blant annet som følge av at ny teknologi, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og legemidler, samt at indikasjon for behandling endres.

Veksten i antallet pasienter med flere kroniske sykdommer har vært høyere enn det som forventes ut fra framskrivning basert på alder. For å illustrere dette har de regionale helseforetakene framskrevet utviklingen i antallet individer med to eller flere diagnoser over ICD-kapitler² til 2021, med utgangspunkt i aktiviteten i 2017. Vi har deretter sammenlignet denne framskrivningen med det faktiske antallet individer med to eller flere diagnoser i 2021. Sammenligningen viser at veksten i antall individer med to eller flere diagnoser er om lag 2% høyere per år, enn hva ratene for de ulike alderskategoriene for 2017 skulle tilsi. Denne differansen utgjør 0,63% for det samlede pasientvolumet innen somatiske sykehusfunksjoner.

Flere kroniske sykdommer samtidig gir økt kompleksitet i diagnostikk og behandling. Denne pasientgruppen har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre pasienter.

Dersom vi framskriver behovet innen somatiske sykehusfunksjoner fra 2021, og tar hensyn til både pasientsammensetning og alderssammensetning, er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 2,2 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer da både demografisk betinget behovsvekst og vekst ut over demografi.

Vekst ut over demografisk betinget vekst - Psykisk helsevern og TSB

Under covid-19 pandemien har det vært en betydelig vekst innen psykisk helsevern. Det er nylig startet et større nasjonalt arbeid for å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist for foreløpig melding til HOD 20. oktober 2022 med endelig leveranse innen 31. desember 2022. Arbeidet skal blant annet gi:

- Oppdatert analyse av forekomst av psykiske lidelser og rusproblemer, samt vurdering av framtidige behov for tjenester og bemanning i psykisk helsevern og TSB
- Foreslå konkrete tiltak for styrket innsats innen psykisk helsevern og TSB
- Vurdering av behov og måltall for perioden 2023-2026

Dette nasjonale arbeidet vil være svært førende innspill om behov for vekst innen psykisk helsevern og TSB. Vi vil derfor vise til dette arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

Oppsummering behov for aktivitetsvekst

For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et samlet behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 2,2 prosent målt i DRG-poeng. Dette inkluderer både demografisk betinget behovsvekst og vekst ut over demografi.

For psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 0,6 prosent. Dette inkluderer kun demografisk betinget behovsvekst, og vi vil derfor vise

² Eksklusive O, P, U, V, W, X, Y, Z diagnoser

til det pågående nasjonale arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

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

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

I det følgende kommenteres punktene over. Det må også bemerkes at de regionale helseforetakene realiserer effektiviseringspotensial og produktivetsforbedringer. Dette skjer f.eks. gjennom patentfall på legemidler, felles innkjøp, teknologiutvikling mv. og bidrar til at flere og bedre helsetjenester leveres med samme ressursinnsats.

Finansielle rammebetingelser

Hvert år vurderer Helsedirektoratet behovet for demografisk betinget vekst. Denne behovsveksten er et resultat av befolkningsutviklingen framover basert på historisk forbruksmønster. Spesialisthelsetjenesten vil i tillegg til den demografiske betingede veksten, i årene fremover møte flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. I regjeringens perspektivmelding³ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. I meldingen konkluderes det med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene. Aldersutviklingen vil derfor kreve betydelig vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og derfor ha en noe høyere inntektsvekst. Dette for å bedre evnen til investeringer og samtidig gi og utvikle gode helsetjenester. Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene setter av midler til framtidige investeringer. Dagens

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

økonomiske situasjon gjør at mange av helseforetakenes investeringer utsettes og skyves på, samtidig som det gjøres innsparinger i driften. En slik utvikling gjør at det kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å møte pasienter med et mer komplisert sykdomsbilde, og at evnen å ta i bruk nye medikamenter og metoder, uten at det går ut over andre deler av pasientbehandlingen, svekkes.

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

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst utover den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil leve lengre og med flere kroniske sykdommer. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling. Disse vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, samt gi handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. Behovsveksten må derfor reflekteres fullt ut i bevilgningene.

Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler

Helseforetakene overtok ansvaret for insulinpumpebehandling i 2005. Utviklingen på utstyrsfronten har vært stor. Nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med insulinpumpebehandling (IPB), og kontinuerlig glukosemåling (CGM) brukes i større grad for å monitorere blodsukker. Innføring av CGM har påført helseforetakene økende kostnader, spesielt etter oppstart av ny nasjonal avtale i 2019.

Samtidig har det vært en reduksjon i refusjoner fra HELFO. Denne trenden er økende og vil sannsynligvis medføre ytterligere økte kostnader for helseforetakene. Det er derfor nødvendig at budsjettmidler overføres fra HELFO til de regionale helseforetakene. Kostnaden med CGM er samtidig høyere enn kostnaden med fingerstikking, noe som gjør at totalkostnaden for måling av blodsukker øker.

Kostnader knyttet til mål for miljø/klima

I 2018 ble det anslått at helsesektoren stod for opp mot fem prosent av klimagassutslippene. Gjennom eierskapsmeldingen (Meld. St. nr. 8 (2019-2020)) er det en tydelig forventning til at de regionale helseforetakene reduserer sine klima- og miljøavtrykk. I 2021 vedtok de regionale helseforetakene felles mål for kutt av CO₂-utslipp. Hovedmålet til de regionale helseforetakene er å redusere CO₂-utslippet med 40 prosent innen 2030. Det langsiktige målet er å ha en klimanøytral drift innen 2045. Det er krevende å beregne totale kostnader eller besparelser knyttet til klima- og miljømålene. Helseforetakene har ulike utgangspunkt, som krever ulike tilnærminger for

å nå målene, spesielt når det gjelder bygningsmasse og geografisk beliggenhet. Høy grad av miljøvennlige nybygg kan øke kostnadene i investeringsprosjekter med 1-2%. Mål om å redusere matavfall, redusere sykehusinfeksjoner, øke andelen videokonsultasjoner og mer miljøbevisste medarbeidere vil kunne gi økonomiske besparelser. Samtidig vil mål om å redusere energiforbruk, fossilfri virksomhet og 75 prosent andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer kunne gi økte kostnader.

Finansiering av legemiddelområdet

Veksten i legemiddelkostnadene har i perioden vært betydelig, og kostnadsrisikoen gjør at legemiddelkostnadene bør kompenseres særskilt. Helsedirektoratet sin rapport IS-2964, «Kostnader til legemidler i helseforetak 2008 – 2019» viser en økning i realkostnader for legemidler i sykehus på 72 prosent fra 2008 til 2019, og fra 2015 til 2019 var realveksten på 32 prosent.

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

Utdanning

Helseforetakene er store utdanningsvirksomheter og bruker mye ressurser på praksisplasser, utdanning og veiledning av ansatte, studenter og lærlinger. Deler av utdanningen av helsepersonell gjennomføres som praksis i helseforetakene. I tillegg til å ha utdanningskapasitet til å dekke eget behov, må helseforetakene også ha tilstrekkelig kapasitet til å dekke kommunehelsetjenesten og privat sektor.

Utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten er sterkt påvirket av aktiviteten i utdanningssektoren, hvor midlene gis fra Kunnskapsdepartementet. Denne finansieringen er særlig knyttet til selve aktiviteten i form av antall studieplasser. Finansiering av utdanning i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning. De senere årene har det vært en vekst i antallet studieplasser i utdanningssektoren med derav følgende økt behov for praksisplasser i helseforetakene.

Ulike finansieringsordninger kan medføre at utdanningsaktiviteten i sektorene ikke blir tilstrekkelig koordinert. De regionale helseforetakene ber derfor om at utdanningsaktiviteten og finansieringsordningene sees på samlet, slik at utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren blir mer samordnet.

Beredskapsarbeid

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

Denne utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak og mer øvingsaktivitet. 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.

Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr

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

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernutstyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at det ikke er rimelig at spesialisthelsetjenesten dekker disse kostnadene. Etablering og drift av et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr representerer en oppgave som derfor fordrer særskilt finansiering.

Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Det nye regimet for beregning av renter bidrar til en ekstrabelastning for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Fra og med 2018 ble renteberegningsregimet knyttet opp til boliglånsrentene. Bankenes risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Det vil bidra til bærekraft og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko dersom en får et regime som ligger nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Årlige rentekostnader vil fremover blir flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene med dagens modell sammenlignet med den rentemodellen som lå til grunn før 2018.

Underfinansiert kostnadsvekst

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

Eksempelvis anslås det at byggeprosjektene i Helse Sør-Øst, økte med 3,2 milliarder kroner i 2021 som følge av vekst i byggekostnadsindeksen utover statsbudsjettdeflator. Videre er det for økonomisk langtidsplan 2023-2026 innarbeidet en prisvekst utover deflator, tilsvarende 5% for 2022. Den ufinansierte kostnadsveksten i Helse Sør-Øst alene i 2021 og 2022 anslås samlet til 4,6 milliarder kroner.

Videre har det vært en generell pris og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene for statsbudsjettdeflator for 2022, som har medført lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflatoren) er oppjustert fra 2,7% i Saldert budsjett for 2022, til 4,9% i Prop.1 S (2022-2023). Dette reduserer realveksten i driftsbevilgningene til spesialisthelsetjenesten med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022.

Når den ufinansierte kostnadsveksten i 2022 ikke kompenseres, vil det medføre en heving av kostnadsnivået som ikke senere kan tas inn igjen gjennom deflator. Samlet gir dette en betydelig kostnadsvekst som ikke er finansiert, og som vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere fremtidige investeringer.

For å sikre en bærekraftig gjennomføring av igangsatte og planlagte investeringer og driftsøkonomi, ber de regionale helseforetakene om at det tas høyde for kostnadsvekst utover deflator for 2024, og at årlig indeksering av lån også sees i sammenheng med utviklingen i byggekostnadsindeks.

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

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

Kostnadsveksten har direkte sammenheng med at det er flere dømte i kommunale tiltak. Ved utgangen av 2019 var det 12 dømte i etablerte tiltak, dette er økt til 21 ved utgangen av 2021. Den sentrale kostnadsdriveren i ordningen er altså:

- Antall personer som dømmes til tvungen omsorg
- Lengden på dom (antall dommer som forlenges hvert tredje år)

Utviklingen i antall dømte og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel er derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Det bes derfor om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

Driftsfinansiering av protonsentere Helse Vest og Helse Sør-Øst

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 for Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

Aktiviteten ved protonsentrene vil være relativt lav frem til første fulle driftsår, som er planlagt i 2027. Kapasiteten vil øke gradvis fra om lag 25 prosent i 2024 til 100 prosent i 2027.

Kostnadene med etablering og bemanning vil imidlertid være omtrent de samme, hvert år protonsentret er i drift fra 2024. I tillegg vil protonsentrene ha kostnader før første driftsår fordi rekruttering og opplæring må gjøres i forkant av oppstart. Samlet for begge protonsentrene er det estimert en driftskostnad på omtrent ca. 190 millioner kroner (i 2019-kroner) i året ved full drift.

I revidert nasjonalbudsjett 2018 ble det vedtatt en låne- og tilskuddsramme på henholdsvis 1 891 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF og 1 296 millioner kroner for Helse Bergen HF (2018-kroner) til bygging av protonsentrene. Av dette var 70 prosent lån og 30 prosent tilskudd.

Etablering av protonsentrene medfører dermed vesentlige kapitalkostnader. Normalt finansieres kapitalkostnadene ved byggeprosjekter gjennom effektiviseringsgevinster som følger av det nye bygget. Dette forutsetter at bygget påvirker den eksisterende driften, ved at tjenestetilbudet kan effektiviseres.

Fordi protonsenderet er et nytt behandlingstilbud vil etableringen ikke utløse gevinster som kan finansiere kapitalkostnadene. Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF må dermed håndtere kapitalkostnadene for 70% av byggekostnadene med midler som normalt ville gått til øvrig virksomhet. Dette må finansieres over basisrammen. Samlet er det estimert at årlige kostnader til drift, renter og avdrag ved de to sentrene til sammen, øker gradvis til 314 millioner kroner⁴ i 2028 før kostnadene avtar.

Det bes derfor om at basisbevilgningen tar høyde for at kapital- og driftskostnadene øker minst tilsvarende 289 millioner kroner (2019-kroner) frem til aktiviteten ved de to sentrene starter opp i 2024. Dette tilsvarer full basisrammefinansiering, som må legges til grunn inntil aktiviteten kommer i gang, og det er etablert en aktivitetsbasert finansiering.

Eget innspill fra Helse Nord

I tillegg til felles innspill til statsbudsjettet har hver region anledning til å komme med egne forslag. Adm. direktør har etter dialog med adm. direktører i helseforetakene i Helse Nord valgt å foreslå et tema som styret i Helse Nord RHF kan ta med i sin uttalelse om innspill til statsbudsjett for 2024 - som følger:

- Ber om særskilt vurdering av om effektene av nasjonal inntektsmodell har for store endringer og over tid gir for høye utslag gitt fortsatt nedgang i befolkningen i Nord-Norge.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2024, synes det mest meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, og felles for de fire regionale helseforetakene. Administrerende direktør er glad for dette samarbeidet og at en finner frem til et felles innspill for hele spesialisthelsetjenesten.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til den foreliggende vurderingen av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjettet for 2024.

Som innspill til statsbudsjett for 2024 anbefaler administrerende direktør videre at styret særlig peker på de overordnede forholdene som er omtalt i saken.

Vedlegg:

1. Felles innspill til statsbudsjettet for 2022 fra de fire regionale helseforetakene
2. Eget innspill til statsbudsjettet for 2022 fra Helse Nord RHF

⁴ I 2019-kroner.

Vedlegg 1

Innspill statsbudsjett 2024

Sammendrag

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

Det er for somatiske spesialisthelsetjenester beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 på 2,2 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer både demografisk betinget behovsvekst og vekst ut over demografi.

Videre er det for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2023 til 2024 til 0,6 prosent. Denne beregningen er kun basert på demografisk betinget behovsvekst. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2022. Arbeidet skal blant annet analysere framtidige behov for tjenester og bemanning, og vurdere behov og måltall for perioden 2023-2026. Det nasjonale arbeidet vil være svært førende innspill om behov for vekst innen psykisk helsevern og TSB, som skal gis i dette dokumentet. Prosjektet skal levere et foreløpig innspill 20. oktober med endelig leveranse 31. desember. Vi vil derfor vise til dette arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

Notatet trekker også fram følgende forhold:

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

Innledning

De regionale helseforetakene skal gi innspill til aktivitetsbehov for statsbudsjett 2024. Veksten i behov for helsetjenester har flere drivere, hvorav tre viktige er:

1. demografiske endringer
2. at sykdomsbildene blir mer kompliserte
3. at det kommer nye, og mer kostbare behandlingsmetoder

I regjeringens perspektivmelding¹ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. I meldingen konkluderes det med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Flere mennesker vil leve lengre, og med flere kroniske sykdommer. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene. Aldersutviklingen vil derfor kreve betydelig vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover derfor ha behov for aktivitetsvekst utover den demografiske utviklingen. De fremtidige økonomiske rammene må derfor ta høyde for at det er nødvendig utvikle helsetjenesten gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og derfor ha en noe høyere inntektsvekst.

I 2022 har det vært en generell pris og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene. Dette har redusert realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022. Konsekvensen av denne underdekningen treffer driften av sykehusene direkte, og vil gi helseforetakene en betydelig og varig reduksjon i evnen til å egenkapitalfinansiere investeringer som er nødvendige for å imøtekomme fremtidig vekst som følge av den demografiske utviklingen.

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

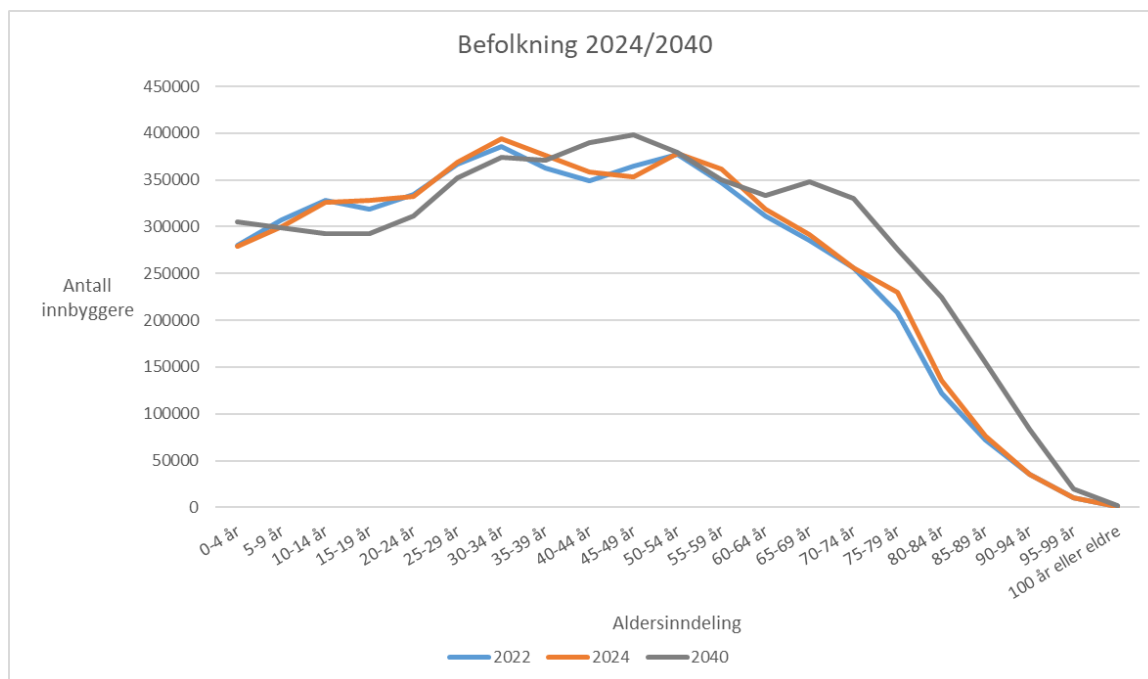
Den andre delen av framskrivningene er behovet for vekst, som ikke fanges opp i en demografisk framskrivning. Dette vil kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglige utviklinger, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

I tillegg til framskrivninger av aktivitetsbehov gir de regionale helseforetakene innspill på overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet. Disse er nærmere beskrevet til slutt i notatet.

¹ Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

Bakgrunn

Norge har en god og kostnadseffektiv helsetjeneste.² Spesialisthelsetjenesten står samtidig overfor flere utfordringer i tiden fremover. Viktige utviklingsfaktorer er at vi blir flere eldre samtidig som det blir færre og mer sentralisert lokaliserte yrkesaktive. Det er derfor et behov for å videreutvikle tjenestene for å imøtekomme de fremtidige behovene med en aldrende befolkning. Figur 1 viser endringen i befolknings sammensetningen i Norge frem mot 2040 jf. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2022.



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

Selv om endringene mellom 2022 og 2024 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i antall eldre. Videre vil flere mennesker leve lengre og med flere kroniske sykdommer. Spesialisthelsetjenesten blir hvert år bedre til å utrede, diagnostisere og tilby nye behandlingsmetoder. Dette gjør at både eksisterende og nye pasientgrupper kan få nye behandlingstilbud. I Nasjonal helse- og sykehusplan er pasientgruppene skrøpelige eldre, pasienter med flere kroniske lidelser, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, samt barn og unge prioriterte grupper.

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

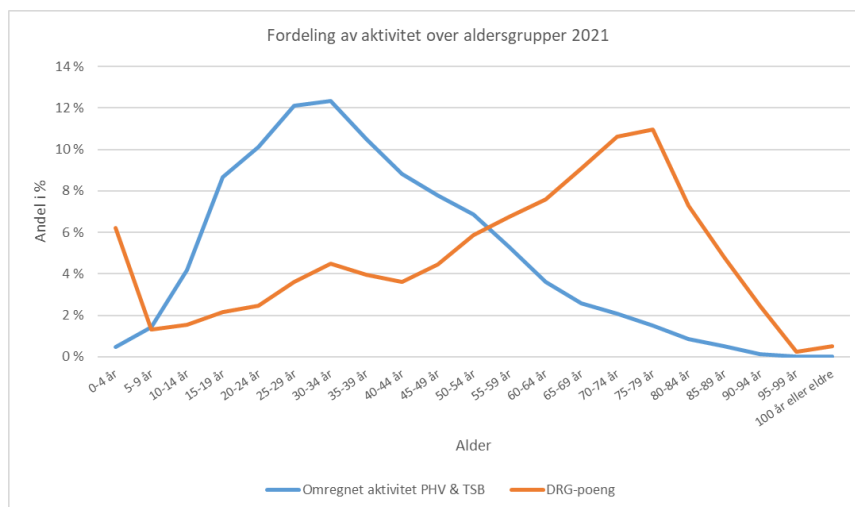
Uavhengig av dette må det forventes at nye måter å diagnostisere, følge opp og behandle pasienter, vil gi andre aktivitetsbilder. Videre vil flere av de forventede kvalitetsforbedrende tiltakene ikke nødvendigvis gi en aktivitetsvekst, men en kostnadsvekst.

² Schneider et al. (2021). Mirror, mirror 2021. Reflecting poorly: Health care in U.S. compared to other high-income countries.

Demografisk betinget aktivitetsbehov 2024

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

Figuren under viser aldersfordelingen av aktivitet for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Den viser at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre del av befolkning, sammenlignet med somatikken. Hovedtyngden av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB gis til aldersgruppen 20 - 40 år, mens det i somatikken er aldersgruppen 70 - 84 år som har høyest aktivitet.



Figur 2 Fordeling av aktivitet 2021 fordelt på ulike aldersgrupper

Somatikk

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

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

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

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

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

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

forventet vekst, som følge av forventede demografiske endringer. Dette er en grovkornet tilnærming, og vil maskere eventuelle endringer i pasientsammensetning som er mer ressurskrevende.

Tabell 2 viser aktivitet, vekt og omregnet aktivitet.

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

Tabell 2 Vektene er basert på NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Tabell 3 viser den omregnede aktivitet framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2024.

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

Tabell 3 Demografisk framskrivning av omregnet aktivitet. Ettårig alder og kjønn, hele landet. SSBs befolkningsframskrivning av 2022

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

Forventet behov for vekst utover demografi

Somatikk

Den rene, naive framskrivingen tar ikke hensyn til andre endringer enn alders- og kjønnssammensetningen i Norge. Som nevnt innledningsvis, øker antallet pasienter med flere samtidige sykdommer. Veksten i antallet pasienter med flere kroniske sykdommer har vært høyere enn det som forventes ut fra framskrivning basert på alder. For å illustrere dette har vi framskrevet utviklingen i antallet individer med to eller flere diagnoser over ICD-kapitler³ til 2021, med utgangspunkt i aktiviteten i 2017. Vi har deretter sammenlignet denne framskrivningen med det faktiske antallet individer med to eller flere diagnoser i 2021. Sammenligningen viser at veksten i antall individer med to eller flere diagnoser er om lag 2% høyere per år, enn hva ratene for de ulike

³ Eksklusive O, P, U, V, W, X, Y, Z diagnoser

alderskategoriene for 2017 skulle tilsi. Denne differansen utgjør 0,63% for det samlede pasientvolumet innen somatiske sykehusfunksjoner.

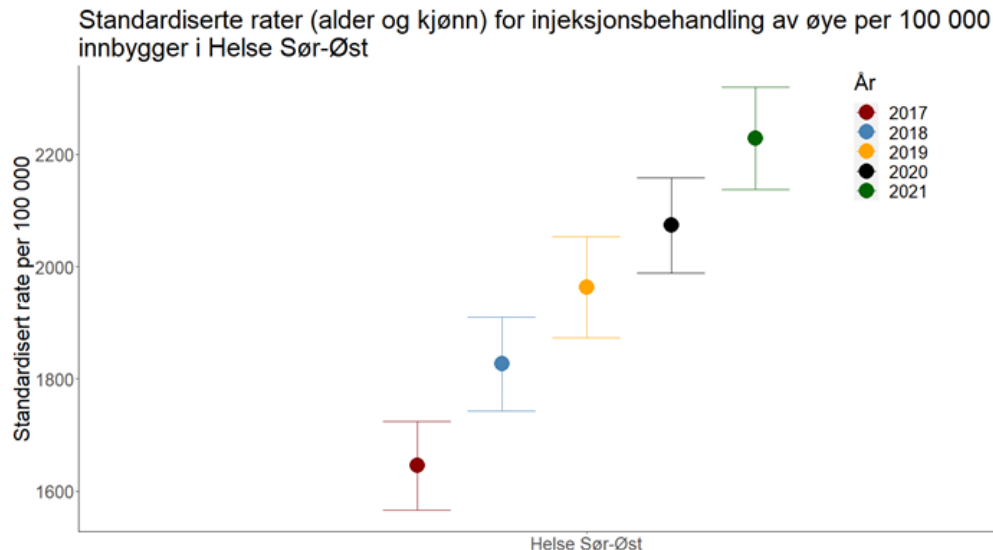
Tabell 4 viser utviklingen i antall individer, kontakter og antall kontakter per individ fra 2018 til 2021.

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

Tabell 4 Antall individer og antall kontakter for pasienter uten kronisk sykdom, pasienter med en til fire kroniske sykdommer og pasienter med to eller flere kroniske sykdommer som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten de enkelte år.

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

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



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

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

Analyser av tidsserier for helsedata hvor 2020 og 2021 inngår, er samtidig krevende grunnet covid-19 pandemien. Selv om spesialisthelsetjenesten behandlet nesten like mange individer i perioden, var aktiviteten redusert, og reduksjonen var ikke likt distribuert over alle fagområder. I perioder var det særlig prosedyretunge fag som hadde utfordringer med å opprettholde aktivitet, samtidig som insidensen av noen sykdomskategorier midlertidig var redusert. Hva spesialisthelsetjenesten skal

forvente av aktivitet- og kostnadsutvikling i 2024, er derfor særlig krevende å beregne. Til dels vil dette kunne være forsinkede sykdomsforløp, diagnostisering eller utsatt aktivitet, som skal hentes inn.

Dersom man framskriver behovet for aktivitetsvekst innen somatiske sykehusfunksjoner fra 2021, og tar hensyn til pasientsammensetning, alderssammensetning, samt endringer fra 2018 til 2019, gir dette et behov for en vekst på 2,2 prosent målt i DRG-poeng.⁴

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

Tabell 5 Beregnet aktivitetsbehov

Oppsummering somatikk

Det vil være flere årsaker til at vi må forvente en sterkere aktivitets- og kostnadsvekst utover ren demografi. Dette vil kunne være endringer i diagnostikk, behandling eller mer kostnadskrevende behandlingsregimer. Tidsserieanalyser hvor 2020/2021 inngår er krevende, men det er nødvendig å legge til rette for en samlet vekst fra 2023 til 2024 i somatiske sykehusfunksjoner på 2,2 prosent, målt i antall DRG-poeng.

Behov utover demografi psykisk helsevern og TSB

Det er nylig startet et større nasjonalt arbeid for å se på det differensierte vekstbehovet i psykisk helsevern og TSB med frist for midlertidig leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2022 og endelig leveranse innen 31. desember. Arbeidet skal blant annet gi:

- Oppdatert analyse av forekomst av psykiske lidelser og rusproblemer, samt vurdering av framtidige behov for tjenester og bemanning i psykisk helsevern og TSB
- Foreslå konkrete tiltak for styrket innsats innen psykisk helsevern og TSB
- Vurdering av behov og måltall for perioden 2023-2026

Det nasjonale arbeidet vil være svært førende for å belyse behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB, som skal gis i dette dokumentet. Vi vil derfor vise til dette arbeidet når det gjelder det samlede behovet for vekst innen psykisk helsevern og TSB.

⁴ Alderssammensetning er korrigert for femårig alder. Pasientsammensetning er korrigert for Elixhauser kormorbiditetsindeks.

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

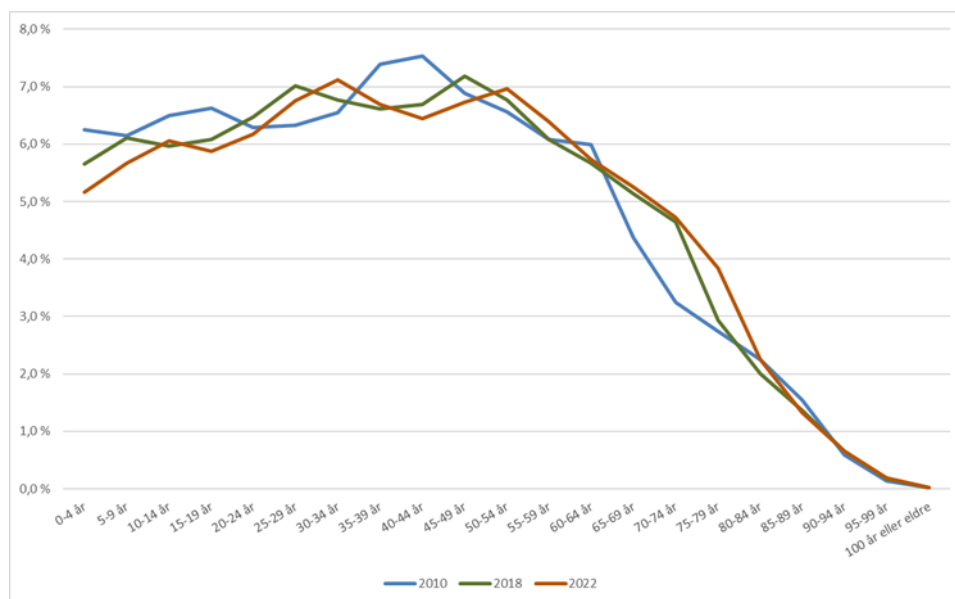
- Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Kostnader knyttet til mål for miljø/klima
 - Finansiering av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

Behov for økt basisbevilgning

De regionale helseforetakene vil trekke frem følgende forhold vedrørende basisbevilgningen.

Finansielle rammebetingelser

Hvert år vurderer Helsedirektoratet behovet for demografisk betinget vekst. Denne behovsveksten er et resultat av befolkningsutviklingen framover basert på historisk forbruksmønster. Spesialisthelsetjenesten vil i tillegg til den demografiske betingede veksten, i årene framover møte flere eldre pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. Befolknings sammensetningen er allerede i endring, og figur 4 viser utviklingen fra 2010 til i dag.



Figur 4 Befolknings sammensetning 2010, 2018 og 2022

Figuren viser en særlig vekst i andel befolkning over 70 år. Denne utviklingen vil fortsette i årene fremover. I regjeringens perspektivmelding⁵ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. I meldingen konkluderes det med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene.

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og derfor ha en noe høyere inntektsvekst. Dette for å bedre evnen til investeringer og samtidig gi og utvikle gode helsetjenester. 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. Samtidig krever ofte endring av driften investeringer i bygg, utstyr og IKT. Dagens økonomiske situasjon gjør at mange av helseforetakenes investeringer utsettes og skyves på, samtidig som det gjøres innsparinger i driften. En slik utvikling gjør at det kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å møte pasienter med et mer komplisert sykdomsbilde, og at evnen å ta i bruk nye medikamenter og metoder, uten at det går ut over andre deler av pasientbehandlingen, svekkes.

Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst utover den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil leve lengre, og med flere kroniske sykdommer. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling. Disse vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

I helseforetakene har det over tid vært en produktivitetvekst. Investeringer i teknologi, nye bygg og utstyr, organisasjonsutvikling, nye metoder, forbedrede utdanningsløp mv. kan bidra til å øke produktiviteten ytterligere. Fremtidig finansieringen må ta hensyn til at helseforetakene skal kunne finansiere volumveksten, bedre innholdet i pasientbehandlingen og spare til kommende investeringer.

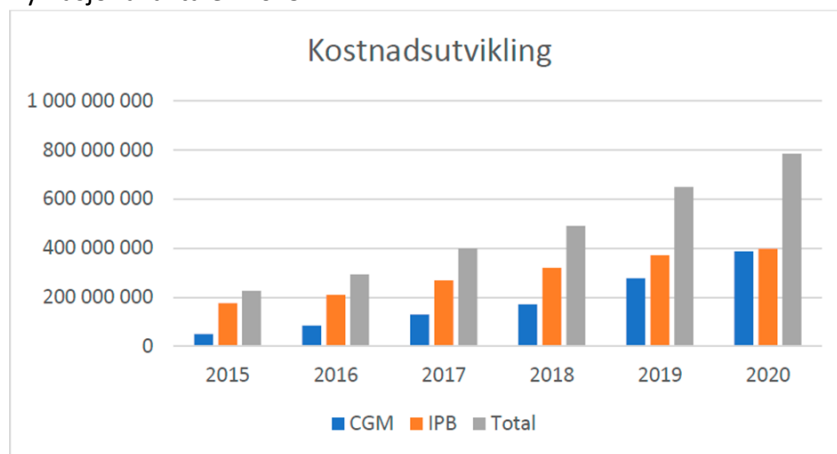
I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, samt gir handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. Behovsveksten må derfor reflekteres fullt ut i bevilgningene.

Kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler

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

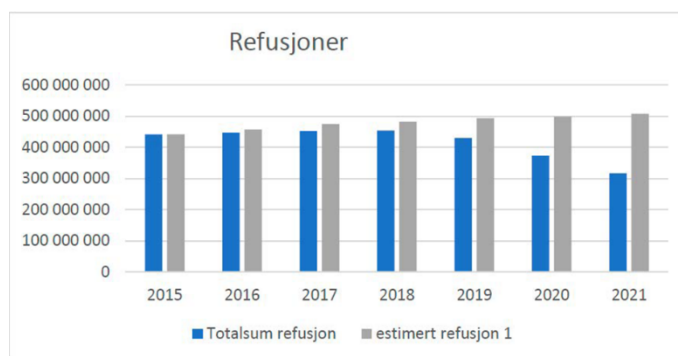
⁵ Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

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



Figur 5 Utgifter til CGM og IPB. Kilde Sykehusinnkjøp HF

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



Figur 6 Utgifter for Helfo sin refusjonsordning. "Estimert refusjon" fremkommer som gjennomsnittlig refusjoner 2015 multiplisert med pasienttallet de kommende år. Det vil si hva refusjonen ville ha vært for HELFO om ikke CGM (som betales av spesialisthelsetjenesten) var et alternativ. Tall for 2021 er estimert basert på utviklingen de siste årene og har betydelig usikkerhet

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

Kostnaden med CGM er høyere enn kostnaden med fingerstikking, noe som gjør at totalkostnaden forbundet med blodsuktermåling øker.

Kostnader knyttet til mål for miljø/klima

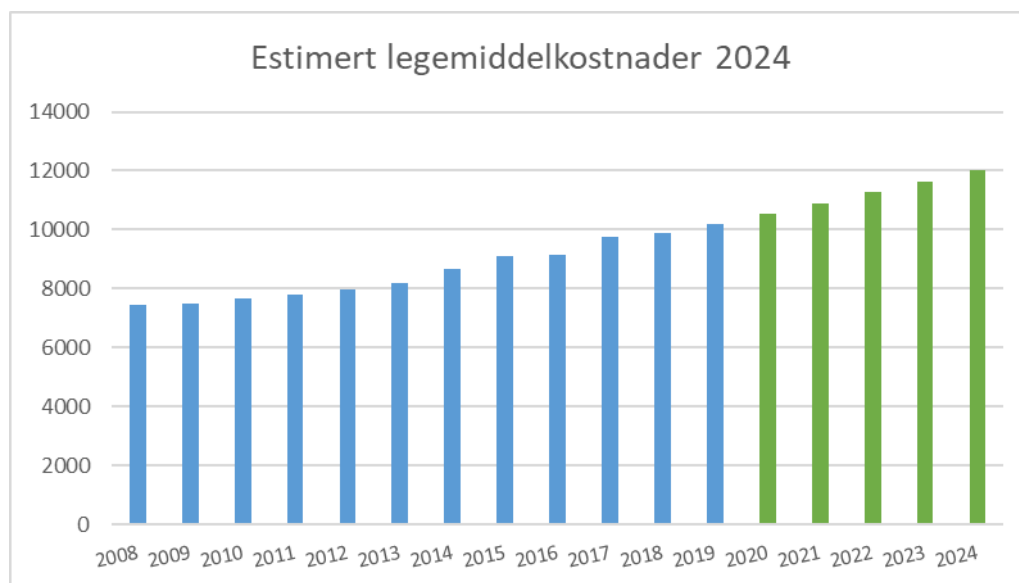
I 2018 ble det anslått at helsesektoren stod for opp mot fem prosent av klimagassutslippene. Gjennom eierskapsmeldingen (Meld. St. nr. 8 (2019-2020)) er det en tydelig forventning til at de regionale helseforetakene reduserer sine klima- og miljøavtrykk. I 2021 vedtok de regionale helseforetakene felles mål for kutt av CO₂-utslipp. Hovedmålet til de regionale helseforetakene er å redusere CO₂-utslippet med 40 prosent innen 2030. Det langsiktige målet er å ha en klimanøytral drift innen 2045.

Det er krevende å beregne totale kostnader eller besparelser knyttet til klima- og miljømålene. Helseforetakene har ulike utgangspunkt, som krever ulike tilnærminger for å nå målene, spesielt når det gjelder bygningsmasse og geografisk beliggenhet. Mål om å redusere matavfall, redusere sykehusinfeksjoner, øke andelen videokonsultasjoner og mer miljøbevisste medarbeidere vil kunne gi økonomiske besparelser. Samtidig vil mål om å redusere energiforbruk, fossilfri virksomhet og 75 prosent andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer kunne gi økte kostnader.

Finansiering av legemiddelområdet

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

Helsedirektoratet sin rapport IS-2964, «Kostnader til legemidler i helseforetak 2008 – 2019» viser en økning i realkostnader for legemidler i sykehus på 72 prosent fra 2008 til 2019, og fra 2015 til 2019 var realveksten på 32 prosent. Fra 2015 har det vært en gjennomsnittlig årlig økning på 3,3 prosent som, i figur 7, legges til grunn for en forventet årlig økning fram til 2024.



Figur 7 Estimert legemiddelkostnader framskrevet til 2024. Kostnadene for 2020 til 2024 er framskrevet med «normalutvikling» til 2019

Gitt forutsetningene beskrevet over vil den årlige kostnadsveksten på 3,3 prosent utgjøre i underkant av 390 millioner kroner⁶ fra 2023 til 2024. Årlig kostnadsvekst på 3,3 prosent er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

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

Utdanning

Helseforetakene store utdanningsvirksomheter og bruker mye ressurser på praksisplasser, utdanning og veiledning av ansatte, studenter og lærlinger. Deler av utdanningen av helsepersonell gjennomføres som praksis i helseforetakene. I tillegg til å ha utdanningskapasitet til å dekke eget behov, må helseforetakene også ha tilstrekkelig kapasitet til å dekke kommunehelsetjenesten og privat sektor.

⁶ I 2019-kroner.

Utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten sterkt påvirket av aktiviteten i utdanningssektoren, hvor midlene gis fra Kunnskapsdepartementet. Denne finansieringen er mer knyttet til selve aktiviteten i form av antall studieplasser. Finansiering av utdanning i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning. De senere årene har det vært en vekst i antallet studieplasser i utdanningssektoren med behov for praksisplasser i helseforetakene. Tabell 6 viser utvikling i antall tilbudte studieplasser i perioden 2018-2022 innen sykepleie og medisin.

Antall studieplasser	
2018	5412
2022	5991
Samlet endring	11 %
Endring pr år	2,7 %

Tabell 6 Antall tilbudte studieplasser samlet for sykepleie og medisin. Kilde: Samordna opptak

Ulike finansieringsordninger kan medføre at utdanningsaktiviteten i sektorene ikke blir tilstrekkelig koordinert. Vi ber derfor om at utdanningsaktiviteten og finansieringsordningene sees på samlet, slik at utdanningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren blir mer samordnet.

Beredskapsarbeid

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

Denne utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak og mer øvingsaktivitet. 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.

Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr

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

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernutstyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at det ikke er rimelig at spesialisthelsetjenesten dekker disse kostnadene. Etablering og drift av et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr representerer en oppgave som derfor fordrer særskilt finansiering.

Investeringer

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

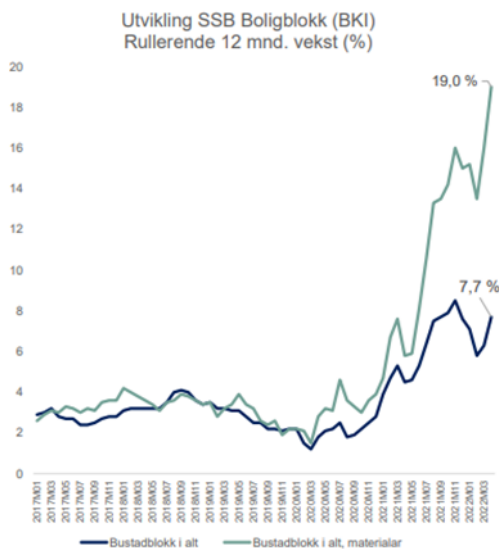
Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Det nye regimet for beregning av renter bidrar til en ekstrabelasting for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Fra og med 2018 ble renteberegningsregimet knyttet opp til boliglånsrentene. Bankenes risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Det vil bidra til bæreevne, og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko, dersom en får et regime som ligger nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Årlige rentekostnader vil bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene med dagens modell, sammenlignet med den rentemodellen som lå til grunn før 2018.

Underfinansiert kostnadsvekst

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

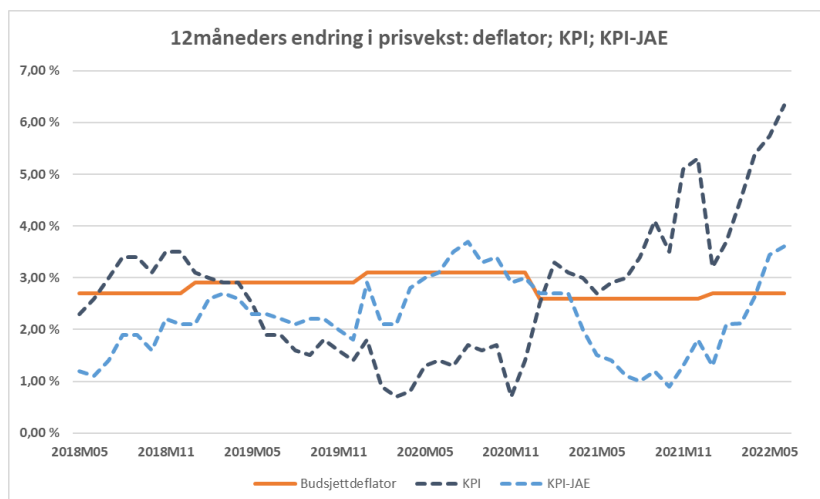
Figur 8 viser SSBs byggekostnadsindeks for boligblokk, som benyttes i de fleste av landets byggeprosjekter.



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

Indeksen viser samtidig at det er prisutviklingen på materialer som er hovedårsaken til den sterke prisveksten. Råvarer som stål, betong/betongelementer, kobber, plast, trelast og andre byggevarer har økt betydelig i pris og er nå på historisk høye nivåer.

Eksempelvis anslås det at byggeprosjektene i Helse Sør-Øst, økte med 3,2 milliarder kroner i 2021 som følge av vekst i byggekostnadsindeksen utover deflator. Videre er det for økonomisk langtidsplan 2023-2026 innarbeidet en prisvekst utover deflator, tilsvarende 5 prosent for 2022. Den ufinansierte kostnadsveksten i Helse Sør-Øst alene gjennom 2021 og 2022 anslås til 4,6 milliarder kroner. Figur 9 viser historisk utvikling i deflator, KPI-JAE og KPI.



Figur 9 Historisk utvikling i deflator, KPI (konsumprisindeks) og KPI-JAE (KPI justert for avgifter og energi)

Som figuren over viser, har det vært en generell pris og lønnsvekst som er langt utover forutsetningene for statsbudsjettdeflator for 2022, og dette har medført en betydelig lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflatoren) er oppjustert fra 2,7% i Saldert budsjett for 2022, til 4,9% i Prop.1 S (2022-2023) uten at de regionale helseforetakene har blitt kompensert for dette. Dette reduserer realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene med om lag 3,4 milliarder kroner i 2022 fra det som opprinnelig lå til grunn for statsbudsjettet for 2022.

Når den ufinansierte kostnadsveksten i 2022 ikke kompenseres, vil det medføre en heving av kostnadsnivået som ikke senere kan tas inn igjen gjennom vanlig deflator. Samlet gir dette en betydelig kostnadsvekst som ikke er finansiert, og som vil redusere helseforetakenes evne til å egenkapitalfinansiere investeringer.

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

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

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven⁷, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere. Fagenheten har ansvaret for at alle dømte utredes i enhetens døgnavdeling i Trondheim, før de føres tilbake til hjemkommunen for gjennomføring av særreaksjonen. Fagenheten har videre det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for de kommunale tiltakene som da etableres.

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

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

⁷ Omfattes også i f.eks. endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a, som trådte i kraft 1. januar 2002.

Kostnadene ved ordningen⁸ økte fra 79,4 mill. kroner i 2012 til 119,5 mill. kroner i 2019, mens kostnadene økte videre til 218 mill. kroner i 2021. I 2021 utgjorde RHF-enes kostnader 43,5 mill. kroner, som var om lag det dobbelte av det som ble overført til RHF-enes basisrammer i 2020.

Kostnadsveksten har direkte sammenheng med at det er flere dømte i kommunale tiltak. Ved utgangen av 2019 var det 12 dømte i etablerte tiltak, dette er økt til 21 ved utgangen av 2021. Den sentrale kostnadsdriveren i ordningen er altså:

- Antall personer som dømmes til tvungen omsorg
- Lengden på dom (antall dommer som forlenges hvert tredje år)

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

Utviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel er derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Det bes derfor om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

Driftsfinansiering av protonsentere i Helse Vest og Helse Sør-Øst

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 for Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

Aktiviteten ved protonsentrene vil være relativt lav frem til første fulle driftsår, som er planlagt i 2027. Kapasiteten vil øke gradvis fra om lag 25 % i 2024 til 100 % i 2027 (tabell 8).

Kostnadene med etablering og bemanning vil imidlertid være omtrent de samme, hvert år protonsentret er i drift fra 2024. I tillegg vil protonsentrene ha kostnader før første driftsår fordi rekruttering og opplæring må gjøres i forkant av oppstart. Samlet for begge protonsentrene er det estimert en driftskostnad på omtrent ca. 190 millioner (i 2019-kroner) i året ved full drift, jf. tabell 7.

Helseforetak	Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Oslo universitetssykehus HF	Antall behandlingsserier (% av full kapasitet)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	145 (25%)	325 (56%)	470 (81%)	580 (100%)
	Driftskostnader i millioner kroner	-3	-7	-10	-36	-89	-97	-103	-103
Helse Bergen HF	Antall behandlingsserier (% av full kapasitet)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	73 (25%)	180 (62%)	180 (62%)	290 (100%)
	Driftskostnader i millioner kroner	-5	-10	-18	-32	-71	-73	-74	-83
	Sum driftskostnader i millioner kroner	-8	-17	-28	-68	-160	-171	-177	-186

Tabell 7. Anslåtte behandlingsserier og driftskostnader for protonsentrene (2019-kroner)

I revidert nasjonalbudsjett 2018 ble det vedtatt en låne- og tilskuddsramme på henholdsvis 1 891 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF og 1 296 millioner kroner for Helse Bergen HF (2018-kroner) til bygging av protonsentrene. Av dette var 70 prosent lån og 30 prosent tilskudd.

Etablering av protonsentrene medfører vesentlige kapitalkostnader. Normalt finansieres kapitalkostnadene ved byggeprosjekter gjennom effektiviseringsgevinster som følger av det nye bygget. Dette forutsetter at bygget påvirker den eksisterende driften, ved at tjenestetilbudet kan effektiviseres.

Fordi protonsentret er et nytt behandlingstilbud, vil etableringen ikke utløse gevinster som kan finansiere kapitalkostnadene. Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF må dermed håndtere kapitalkostnadene for 70 prosent av byggekostnadene med midler som normalt ville gått til øvrig

⁸ Dom til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

virksomhet. Dette må finansieres over basisrammen. Samlet er det estimert at årlige kostnader til drift, renter og avdrag ved de to sentrene til sammen, øker gradvis til 314 millioner kroner⁹ i 2028 før kostnadene avtar, jf. tabell 8.

Helseforetak	Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Oslo universitetssykehus HF	Driftskostnader	-3	-7	-10	-36	-89	-97	-103	-103	-109	-103	-103	-103
	Finansposter*	0	0	0	0	-77	-77	-76	-75	-75	-73	-72	-71
Helse Bergen HF	Driftskostnader	-5	-10	-18	-32	-71	-73	-74	-83	-83	-83	-83	-83
	Finansposter*	0	0	0	0	-52	-51	-50	-49	-48	-47	-47	-46
	Sum kostnader	-8	-17	-28	-68	-289	-298	-303	-311	-314	-307	-304	-303

*Renter og avdrag

Tabell 8. Anslåtte kostnader til drift, renter og avdrag

Det bes derfor om at basisbevilgningen tar høyde for at kapital- og driftskostnadene øker minst tilsvarende 289 millioner kroner (2019-kroner) frem til aktiviteten ved de to sentrene starter opp i 2024. Dette tilsvarer full basisrammefinansiering, som må legges til grunn inntil aktiviteten kommer i gang, og det er etablert en aktivitetsbasert finansiering.

⁹ I 2019-kroner.

Vedlegg

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

Effekt av behov utover demografi er beregnet med:

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

Det benyttes Elixhauser komorbiditetsindeks for hovedtilstand og opplysninger om opptil 15 bidiagnoser per pasient per år for segmentering av pasientpopulasjon i tre grupper. ICD-10 koder for Elixhauser er hentet fra Quan et al.¹⁰ og vektning er hentet fra Moore et al.¹¹. Se tabell under for utdypende informasjon.

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

Sykdomsgrupper med tilhørende vektning.

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

¹¹ <https://cran.r-project.org/web/packages/comorbidity/vignettes/comorbidityscores.html>

INNSPILL TIL STATSBUDDSJETTET FOR 2024 – Eget innspill fra Helse Nord

I tillegg til et felles innspill, har hver region anledning til å komme med egne forslag.

Administrerende direktør fremmer følgende forslag til tema for innspill til statsbudsjettet for 2024:

1) Behov for vurdering av effekt av demografisk utvikling i inntektsfordelingsmodellen mellom regionale helseforetak

Etter at NOU 2019: 24 «Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak» ble utarbeidet har det skjedd en endring i befolkningsutviklingen. Fra at Helse Nord har hatt en noe *lavere vekst* enn de andre regionene, har det de 3 siste årene vært en *nedgang* i folketallet. Kombinert med vekst i de andre regionene har dette gitt en svært negativ effekt på inntektsrammene til Helse Nord.

år	Trekk nasjonal modell
2023	-118 693,00
2022	-95 666,00
2021	-41 514,00
2020	-44 069,00
2019	-32 248,00

Særtrekket til Nord-Norge med et stort landareal og spredt bosetting, stiller store krav til likeverdige helsetjenester.

Til tross for befolkningsnedgang, er behovet for beredskap, avstander i landsdelen eller anskaffelse av medisinteknisk utstyr og bygg med mer ikke blitt redusert. I tillegg vil økt andel eldre øke behovet til spesialisthelsetjenester

Som en del av tilpasningen til redusert ramme, må deler av tilbudet sentraliseres, og dette krever økt behov for luftambulansetjenester. Kostnadene til luftambulansetjenester har økt betydelig de siste årene og det vil forventes at disse kostnadene fortsatt øker.

Pasienttransport er utfordrende, flyet er bussen i nord for veldig mange av våre pasienter. I andre deler av landet transporteres pasientene i hovedsak med bil. Logistikk er krevende både for å frakte personell, medisinsk utstyr, laboratorieprøver og annet som medikamenter og blod, og transporten påvirkes av vær og vind.

På grunn av lange avstander og usikkerhet knyttet til overflyttinger er vi nødt til å ha en desentralisert organisering, noe som utfordrer mulighetene for en effektiv drift. I praksis betyr det at Helse Nord har betydning høyere beredskapskostnader per innbygger enn øvrige regioner.

Helse Nord ber derfor om at departementet gjør en vurdering av om inntektsmodellen mellom de regionale helseforetakene vektet demografisk utvikling for høyt.