

Møtedato: 27. november 2024  
Vår ref.:  
2024/1379-1

Saksbehandler:  
Hansen

Dato:  
20.11.2024

## Styresak 143-2024

## Statsbudsjett 2026 – 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 de foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2026.
2. Styret i Helse Nord RHF ber videre om at følgende forhold, i tråd med felles innspill fra alle regionene, vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2026:
  - Demografisk utvikling og finansiering
  - utfordringer i tilgang på personell
  - Finansiering bygg
  - Finansiering av pensjonspremie
  - Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
  - Tarmscreening
  - Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
  - Bruk av helsedata
  - Dømtel til behandling
  - Driftsfinansiering protosenter
3. Styret ber om at felles innspill fra alle regionene oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Bodø, 20. november 2024

Marit Lind  
administrerende direktør

## Hva saken gjelder

I vedlegg 1 til protokollen fra foretaksmøtet 17. januar 2024 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2026 innen 1. desember 2024.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert overordnede tema av betydning som bør vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjettet for 2026. I tillegg omhandler innspillet de regionale helseforetakenes vurdering av aktivitetsbehov for 2026 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

Det fremmes likelydende styresak for de fire regionale helseforetakenes styrer.

## Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

De regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett består av to deler:

1. Anslått behov for aktivitetsvekst
  - Demografisk betinget
    - Behov for aktivitetsvekst som følge av befolkningsendring (befolkningsvekst og endret alderssammensetning)
  - Vekstbehov utover demografisk betinget vekst, som f.eks.
    - Ny teknologi, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og endret indikasjon for behandling
    - Styrking av tilbud
    - Kapasitetsutvidelse for å redusere ventetider og fristbrudd
2. Overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet.

*Overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet*  
I tillegg til innspill aktivitetsbehov, gir de regionale helseforetakene innspill på overordnede forhold som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet.

Realveksten i de økonomiske rammene i 2021-2022 var lavere enn den demografiske veksten, og er i ettertid ikke fullt ut kompensert. Som følge av dagens økonomiske situasjon opplever de regionale helseforetakene det som krevende å prioritere ytterligere nødvendige investeringer eller å redusere vedlikeholdsetterslep. Det er nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gir handlingsrom til å gjennomføre investeringer i bygg og utstyr, samt til å øke satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering.

Det er også en sammenheng mellom utviklingen i bevilgningene til sektoren over tid og tilgjengelighet til tjenesten. Historisk sett viser utviklingen reduserte ventetider når realveksten i bevilgningen er høyere enn den underliggende demografiske veksten.

Innspill til overordnede forhold som bør hensyntas er nærmere beskrevet i det vedlagte notatet, og omfatter:

- Demografisk utvikling og finansiering
- utfordringer i tilgang på personell
- Finansiering bygg
- Finansiering av pensjonspremie

- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Tarmscreening
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Bruk av helsedata
- Dømte til behandling
- Driftsfinansiering protonsenters

#### *Anslått behov for aktivitetsvekst*

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, samt andre helsepolitiske prioriteringer.

Framskrivningene av aktivitetsbehov er basert på framskrivningsmodellene for henholdsvis psykisk helsevern og TSB, og somatiske spesialisthelsetjenester. Videre er de gjennomført på aggregert nivå og tar utgangspunkt i nasjonale tall.

#### *Oppsummering*

Det er for psykisk helsevern og TSB beregnet et samlet behov for aktivitetsvekst fra 2025 til 2026 på 2,2 prosent. For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2025 til 2026 på 1,5 prosent, målt i DRG-poeng. Vektet basert på kostnadsandelene i SAMDATA for 2023 gir det et samlet vekstbehov på 1,7 prosent.

#### **Administrerende direktørs anbefaling**

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2026, er det meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, og felles for de fire regionale helseforetakene.

Som følge av dagens økonomiske situasjon opplever de regionale helseforetakene det som krevende å prioritere ytterligere nødvendige investeringer eller å redusere vedlikeholdsetterslep. Det er nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gir handlingsrom til å gjennomføre investeringer i bygg og utstyr, samt til å øke satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. Som innspill til statsbudsjettet for 2026 anbefaler administrerende direktør at styret særlig peker på overordnede forholdene som er omtalt i saken.

Administrerende direktør anbefaler videre at styret slutter seg til den foreliggende vurderingen av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjettet for 2026.

**Vedlegg:** Felles innspill til statsbudsjettet for 2026 fra de fire regionale helseforetakene

## Vedlegg 1

# Innspill statsbudsjett 2026

## Sammendrag

De regionale helseforetakene gir i fellesskap innspill til statsbudsjett 2026. I innspillet til statsbudsjett for 2026 vil de regionale helseforetakene spesielt trekke frem følgende forhold:

- Demografisk utvikling og finansiering
- utfordringer i tilgang på personell
- Finansiering bygg
- Finansiering av pensjonspremie
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Tarmscreening
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Bruk av helsedata
- Dømta til behandling
- Driftsfinansiering protonsenters

De regionale helseforetakene mener 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 tilgjengelighet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene, mens en vekst som er over demografi, legger til rette for å utvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten samt øke tilgjengeligheten.

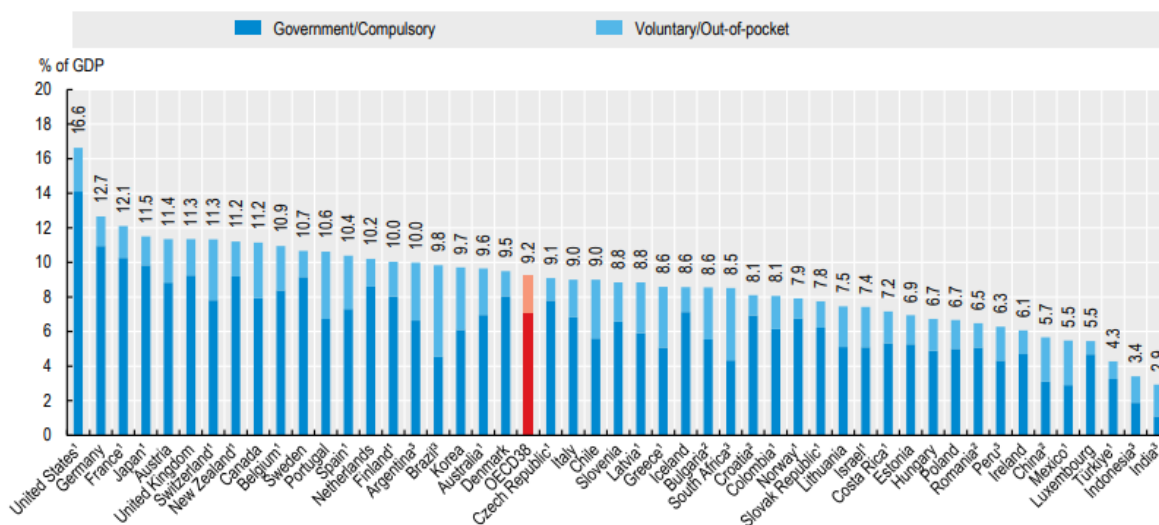
De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2026 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). Vurderingene er gjort ved bruk av framskrivningsmodellene for psykisk helsevern og TSB og for somatiske spesialisthelsetjenester. Det er for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2025 til 2026 på 2,2 prosent. Behovet for vekst vurderes større enn hva som følger av demografi alene. For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2025 til 2026 på 1,5 prosent, målt i DRG-poeng. Vektet basert på kostnadsandelene i SAMDATA for 2023 gir det et samlet vekstbehov på 1,7 prosent.

## Innledning

Norge har en god helsetjeneste hvor forventet levealder er to år lengre enn gjennomsnittet i EU, samt at Norge har lav dødelighet for en rekke sykdommer.<sup>1</sup> Samtidig viser internasjonale sammenligninger til at Norge har et forbedringspotensial når det gjelder forebygging og koordinering av tjenester.<sup>2</sup>

Norge bruker 3. mest på helse per innbygger av alle OECD-land.<sup>3</sup> Når det gjelder helseutgifter målt som andel av BNP, viser figuren nedenfor at ressursbruken i Norge ikke er særskilt høy, sammenlignet med andre land.

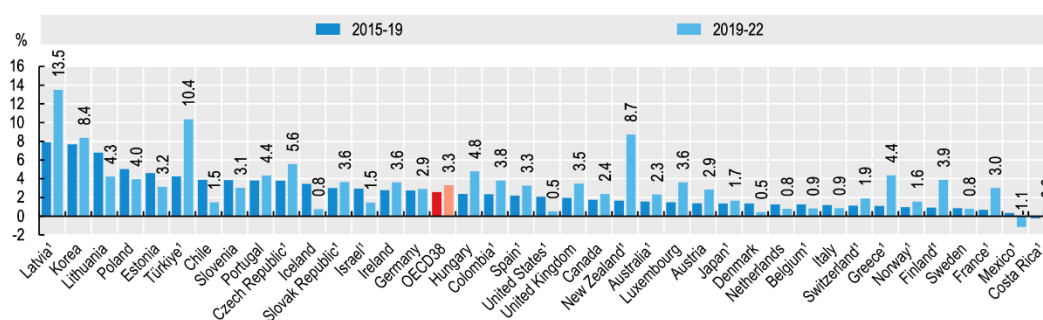
**Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)**



1. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data.  
Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Videre viser OECD-registreringene også at veksten per innbygger i Norge de senere årene har vært vesentlig lavere enn i de fleste øvrige OECD-land i perioden 2015-2022, jamfør figuren nedenfor.

**Figure 7.6. Average annual growth in per capita health expenditure (real terms), 2015-19 and 2019-22**



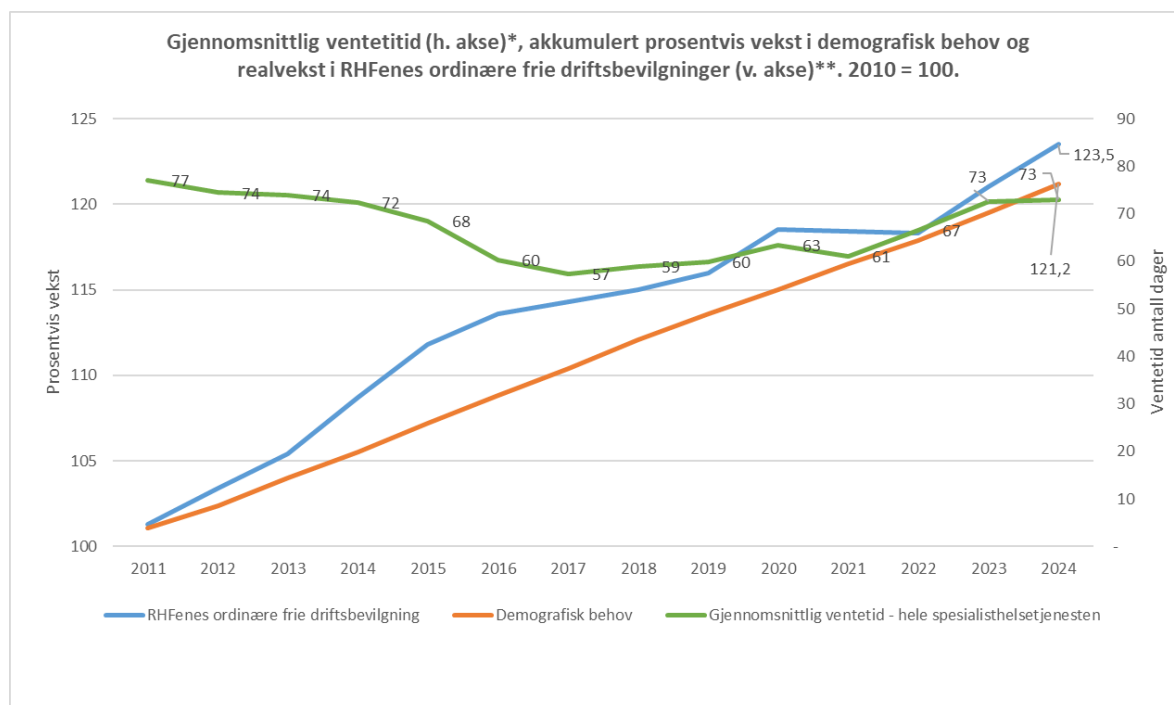
1. Based on OECD estimates for 2022. Growth rates and time periods may have been adjusted to take account of breaks in series.  
Source: OECD Health Statistics 2023.

<sup>1</sup> State of Health in the EU. Eurostat database.

<sup>2</sup> The Commonwealth Fund - Mirror Mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries

<sup>3</sup> OECD –Health at a Glance 2023: [Health at a Glance 2023 - OECD](#)

Figuren nedenfor viser utviklingen i ventetid (høyre akse), demografisk behov og realveksten i RHF-enes frie driftsbevilgninger (begge venstre akse). Figuren viser at den gjennomsnittlige ventetiden ble betydelig redusert i perioden 2014-2017 samtidig som veksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler var høyere enn det demografiske behovet.



Figur 1 Gjennomsnittlig ventetid, akkumulert prosentvis vekst i demografisk behov og realvekst i RHF-enes ordinære frie driftsbevilgning. Kilder: Gjennomsnittlig ventetid pr hele år for 2010-2023, samt 1. tertial 2024 (Helsedirektoratet). Utvikling i demografisk behov RHF-enes ordinære frie driftsbevilgning er hentet fra Prop 1 S (Helse- og omsorgsdepartementet).

Spesialisthelsetjenesten står 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 % prosent nasjonalt i 2040 i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene til SSB<sup>4</sup>. Aldersutviklingen vil derfor kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene. De regionale helseforetakene mener at kostnadene som følge av de demografiske endringene er et minimumsnivå. En vekst som er lavere enn demografi gir risiko for dårligere kvalitet og tilgjengelighet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene, mens en vekst som er over demografi legger til rette for å utvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten samt øke tilgjengeligheten.

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 2026.

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.

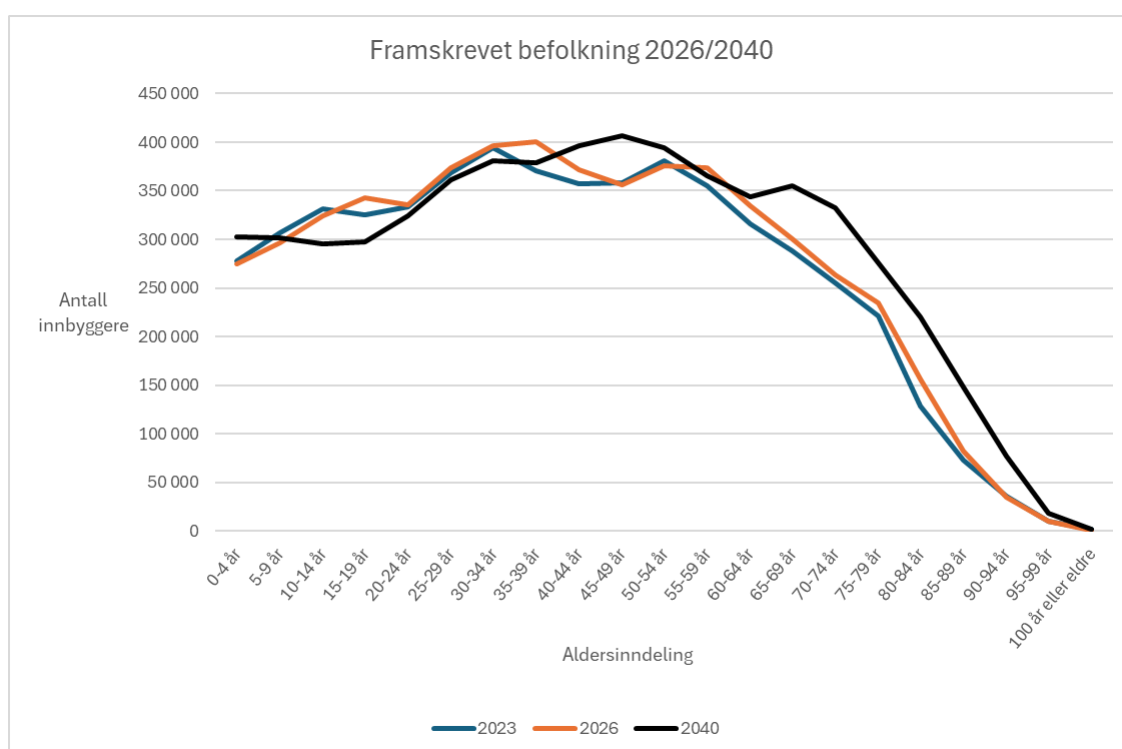
<sup>4</sup> SSBs sine befolkningsframskrivinger av 2024.

## Bakgrunn

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.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har i 2024 kommet med nye befolkningsframskrivninger. SSB anslår i 2024-framskrivningen noe flere innbyggere enn deres framskriving av 2022. For 2026 utgjør forskjellen mellom de to framskrivingene 1,4 % flere innbyggere nasjonalt og for 2040 1,5 % flere innbyggere. De største endringene mellom de to befolkningsframskrivingene er at SSB i 2024 framskriver flere innbyggere i aldersgruppen 15-45 år, og færre innbyggere over 75 år. Dette gjelder både på kort sikt mot 2026, men særlig mot 2040.

Figur 2 viser endringen i befolknings sammensetningen i Norge frem mot 2040 jf. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2024.



Figur 2 Befolkningstall for 2023, samt befolkningsframskriving av Norges befolkning for 2026 og 2040. Kilde SSB 2024.

Antallet innbyggere vil øke med 1,6 % i 2026, sammenlignet med 2024. Selv om endringene mellom 2024 og 2026 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i antall eldre. Aldersgruppen over 65 år er de som har størst behov for somatiske spesialisthelsetjenester. SSB sine framskrivninger viser en vekst på 4,5 % i denne aldersgruppen frem til 2026, og 38 % 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.

### Demografisk utvikling og finansiering

En effektiv ressursutnyttelse og god kostnadskontroll er avgjørende for at helseforetakene kan realisere de helsepolitiske målene innenfor den økonomiske rammen som årlig vedtas av Stortinget. Den demografiske utviklingen er likevel utfordrende å håndtere for spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både endringer i demografi og endringer i bosetningsstruktur. Det ligger innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for ansvar å løse dette innenfor de rammene lovgivende og bevilgende myndigheter vedtar.

Inntektsmodellen er ment å reflektere det relative ressursbehovet mellom regionene gjennom objektive kriterier som fanger opp relative forskjeller i kostnader og behov mellom helseregionene. Handlingsrommet for å gjøre nødvendige omstillinger i spesialisthelsetjenesten som følge av demografisk-, medisinsk- og teknologisk utvikling kan oppleves som krevende. Alle regionene har slike utfordringer. Både Helsepersonellkommissjonen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 omtaler de demografiske utfordringene og behovet for endringer i helse- og omsorgstjenesten for å opprettholde et godt og likeverdig tilbud til befolkningen.

De regionale helseforetakene mener at demografiutviklingen, med sentralisering samtidig som spesialisthelsetjenesten må videreføre en desentralisert struktur, vil kreve høyere bevilgningsnivå enn den aggregerte demografiutviklingen. Dette vil kreve at veksten i bevilgningsnivået går utover det som er knyttet til demografisk betinget behovsvekst nasjonalt. Bevilgningene bør være over post 72-75 (økt grunnbevilgning) og følges av krav i foretaksmøtet.

De regionale helseforetakene mener dette vil legge til rette for bedre ressursbruk enn øremerkede midler, slik dette har vært bevilget til enkeltregioner de siste årene. Dersom det fortsatt er ønskelig å øremerke bevilgninger for å opprettholde spesifikke tjenestetilbud, bør dette skje gjennom objektive kriterier som omfatter alle regioner. De regionale helseforetakene viser i den forbindelse til oppdraget til teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten, som i november 2024 skal levere et tall- og analysegrunnlag som kan brukes for å vurdere om dagens modell i stor nok grad tar hensyn til ulikheter i demografi og bosettingsmønster mellom regionene og hvordan ev. skjevheter kan rettes opp, herunder om det er behov for å fremskynde nedsettelse av et nytt inntektsutvalg.

### Utfordringer i tilgang på personell

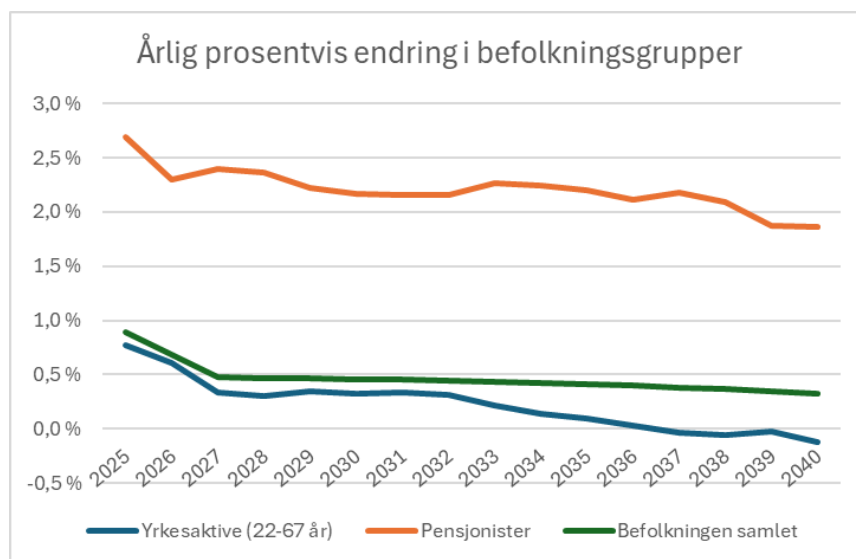
Helsepersonellkommissjonen<sup>5</sup> viste til at flere sykehus i større grad opplevd vanskeligheter med å beholde og rekruttere personell. Blant annet er det utfordringer knyttet til å rekruttere sykepleiere til ordinære sengeposter, intensivsykepleiere, jordmødre, samt personell innen psykisk helsevern. Sykehusene er komplekse organisasjoner, og rekrutteringsutfordringene gjør det vanskelig å opprettholde flere grunnleggende tjenester. Sammensatte og avanserte oppgaver løses i samspill 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.

---

<sup>5</sup> NOU 2023:4 *Tid for handling*



De siste 15-20 årene har det nasjonalt vært en årlig vekst i antall innbyggere i yrkesaktiv alder på 1,2 %. Frem mot 2040 vil den gjennomsnittlige årlige veksten ligge på rundt 0,23 %. Figuren nedenfor viser framskrevet den årlige veksten for befolkningen totalt, yrkesaktiv alder, samt pensjonister<sup>6</sup>.



Figur 3 Årlig prosentvis endring i befolkningsgrupper. Kilde: SSB 2024

Figuren viser at den årlige veksten i antall i yrkesaktiv alder er fallende. Det innebærer at den befolkningsgruppen av arbeidstagere som spesialisthelsetjenesten rekrutterer fra, vil utgjøre en mindre andel av den totale befolkningen. Parallelt med denne utviklingen viser figuren at den årlige veksten i antall innbyggere over 67 år er betydelig høyere enn veksten i antall i yrkesaktiv alder.

I årene fremover vil det derfor 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 osv.

### Finansiering av bygg

Realveksten i de økonomiske rammene har i enkelte år vært lavere enn den demografiske veksten. I årene før pandemien (2017-2019) og i 2021-2022 var realveksten lavere enn den demografiske veksten, og dette er i ettertid ikke fullt ut kompensert. De økonomiske rammene og utviklingen i sykefravær gir en økonomisk situasjon hvor de regionale helseforetakene opplever det som krevende å prioritere ytterligere nødvendige investeringer og å redusere vedlikeholdsetterlepet.

Det er nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gir handlingsrom til å gjennomføre investeringer i bygg og utstyr, samt til å øke satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene må spare til framtidige investeringer ved å levere positive økonomiske resultater. Dette krever strenge prioriteringer, kontinuerlig omstilling og forbedring av driften. Byggeprosjektene er finansiert med 90 % lån, med nær markedsbaserte rentebetingelser. Dette medfører at det er enklere å finansiere oppføringen av byggeprosjektene, men i perioden for nedbetaling av lånene vil helseforetakene bli belastet med betydelige avdrag og høye rentekostnader. Dette vil medføre en belastning på driftsøkonomien.

Rentenivået har økt siden vedtakstidspunktet for mange av investeringsprosjektene som er under gjennomføring. De langsiktige investeringslånene er sikret med fastrenteavtaler, men rullering av

<sup>6</sup> Yrkesaktiv alder (22-67 år), pensjonister 68 år og eldre. Kilde: SSBs befolkningsframskrivning av 2024.

rentesikringsavtalene gir høyere rentenivåer også på den eksisterende låneporteføljen. Under byggeperioden er investeringene finansiert med byggelån med flytende renter, noe som øker rentesensitiviteten i foretaksgruppene. Svekket norsk krone virker på kort sikt også negativt inn på likviditeten i regionene.

Sykehusutvalget (NOU 2023:8) foreslo at helseforetakene skulle kompenseres for 75 prosent av faktiske avskrivningskostnader. På bakgrunn av hørings svar, blant annet fra Helse Sør-Øst RHF, ble det varslet i nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 at man ikke gikk videre med dette forslaget. I Stortingets behandling av nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, ble det fattet vedtak om dette i vedtak 692. «Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»

De regionale helseforetakene vil påpeke at utfordringen med økte renter og avskrivningskostnader kan løses på ulike måter for prosjekter i ulike faser. For ferdigstilte prosjekter kan en løsning være gjeldsettergivelse, mens investeringstilskudd kan være en løsning for kommende prosjekter.

### 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. 28 743 millioner kroner. Norsk Regnskapsstiftelse sin veiledning knyttet til pensjonsforutsetninger fra juni 2024, indikerer at pensjonspremiene vil bli vesentlig høyere enn pensjonskostnaden også for 2025. 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 7,6 milliarder kroner i perioden 2024-2030 (om lag 1,1 milliarder kroner årlig) basert på nåværende premieavvik, og dette oppleves som krevende. Det forventes at kommende planendring av pensjonsordningen vil endre bildet noe i positiv retning, men dette er foreløpig usikkert.

For å opprettholde stabile rammebetingelser for drift og investeringer ber de regionale helseforetakene om at finansieringen av pensjonspremie endres på en slik måte at rentebelastningen fra driftskreditten reduseres betydelig.

### Øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2026

- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Tarmscreening
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Bruk av helsedata
- Dømte til behandling
- Driftsfinansiering protonsentor

## Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøte 11. oktober 2021 bedt om å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr. Målgruppen for nasjonal beredskapslagring av smittevernustyr 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 smittevernustyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse, og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at spesialisthelsetjenesten bør gis kompensasjon for disse kostnadene i den ordinære rammefinansieringen.

## Tarmscreening

I 2018 ble det etablert et interregionalt prosjekt med styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF for å innføre et nasjonalt screeningsprogram mot tarmkreft, Tarmscreeningsprogrammet. Programmet driftes av Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet (FHI). Programmet har blitt finansiert via øremerkede midler (post 70) til Helse Sør-Øst RHF som har fordelt midlene videre til de andre regionale helseforetakene og Kreftregisteret. Det er den nasjonale inntektsmodellen som er benyttet som fordelingsnøkkel mellom regionene. I statsbudsjettet for 2025 er det samlet foreslått en bevilgning på 224,8 mill. kroner til oppfølging av pilotprosjektet, investering og videreutvikling i IT-program, rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre, drift av programmet m.v. Bevilgningen skal i tillegg til kostnadene ved helseforetakene, også dekke kostnadene ved Kreftregisteret. Kreftregisteret skal fakturere Helse Sør-Øst RHF for sine kostnader.

De regionale helseforetakene foreslår at drift- og investeringskostnader knyttet til Tarmscreeningsprogrammet i helseforetakene finansieres gjennom ordinær basisbevilgning fra og med 2026, med unntak av iFOBT-laboratoriet ved Akershus universitetssykehus HF. Videre foreslås det at Kreftregisteret finansieres direkte gjennom Helse- og omsorgsdepartementets bevilgning til FHI. Det forutsettes at departementet selv fremskaffer underlag for framtidige budsjettnødvendigheter. Kreftregisteret har til Tarmscreeningsprogrammet. Helse Sør-Øst RHF har på vegne av alle de regionale helseforetakene kartlagt helseforetakenes anslåtte samlede framtidige drifts- og investeringskostnader i programmet i perioden 2026-2028:

mill. kroner	2026	2027	2028
Driftskostnad	129,1	155,4	164,7
Investeringskostnad	32,7	27,4	16,6
Sum	161,8	182,8	181,3

Tarmscreeningsprogrammet baserer seg på undersøkelser av blod i avføringen (primærscreening) og kostnadsanslagene har lagt dette til grunn. Det arbeides med å oppdatere kunnskapsgrunnlaget for å avklare vektlegging av koloskopi versus test av blod i avføringen i framtiden. Dersom dette arbeidet resulterer i at koloskopi skal være primær screeningmetode, vil det gi andre kostnadsanslag.

De regionale helseforetakene mener at iFOBT laboratoriet bør finansieres over post 70 i de årlige statsbudsjettene. Årsaken til dette er at iFOBT laboratoriet ved Akershus universitetssykehus HF er nasjonalt mottak for prøver av blod i avføringen.

De regionale helseforetakene ber departementet også å vurdere om iFOBT-prøver som en permanent ordning på sikt kan finansieres over refusjonsordningene for polikliniske laboratorieprøver fra HELFO, slik det er etablert en ordning for i screeningprogrammet mot livmorhalskreft. Det må da også vurderes behovet for en finansiering over post 70. For polikliniske laboratorietjenester som inngår i refusjonsordningen eksisterer det en interregional oppgjørsordning mellom helseregionene. Ordningen baserer seg på HELFO-refusjoner og medfører at polikliniske prøver faktureres mellom de regionale helseforetak basert på bostedsadresse til pasienten. Dersom analysene ved iFOBT-laboratoriet ved Akershus universitetssykehus HF i tarmscreeningsprogrammet inkluderes i refusjonsordningen for polikliniske laboratorieprøver fra HELFO, vil dette innebære at iFOBT-laboratoriet får dekket andeler av sine kostnader gjennom HELFO-refusjon for prøver som utføres og ved at øvrige helseregioner faktureres for sin bruk av laboratoriet. Videre vil det innebære at undersøkelser for tarmscreening (iFOBT-prøver) må inkluderes i forskrift om godtgjørelse for å yte polikliniske helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er anslått følgende kostnader til iFOBT-laboratoriet:

mill. kroner	2026	2027	2028
iFOBTlaboratoriet	5,5	6,4	6,6

### 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 tapsestimer. 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.

## Bruk av helsedata

Vi forventer at Helsedata vil være en av de viktigste driverne for endring i helsetjenesten fremover. Dette omfatter bruk av helsedata direkte til pasientbehandling (inkl. persontilpasset medisin), effektiv drift, planlegging, forskning og innovasjon med samarbeid med helsenæringen. Svært mye medisinsk utstyr genererer nå store mengder helsedata, og nær all informasjon i helsetjenesten lagres digitalt. Vi bruker helsedata til å følge aktivitet, kvalitet og ressursbruk, men mer avanserte analyser hvor ulike datasett settes sammen, inkludert med bruk av KI, krever større kapasitet til lagring og analyser, inklusive etablering av sikre analyserom.

Regelverk fra EU og europeiske prosjekter legger til rette for og stiller krav om deling av helsedata i pasientbehandling og helseforskning i større grad enn før.

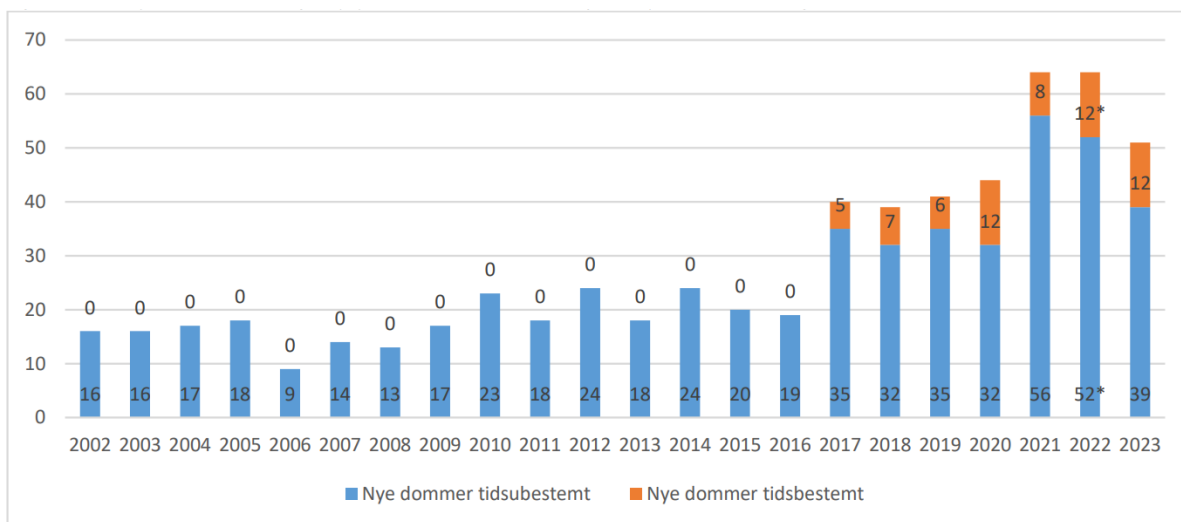
Deler av dette vil kunne etableres innad i regionenes IKT- systemer, men helsetjenesten må forsterke sitt samarbeid med UH- sektoren (NOR-TRE med TSD, SAFE og Hunt Cloud) for å lykkes med de tyngste analysene. Dette krever finansiering av infrastruktur.

## Dømte til behandling

Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men også 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.

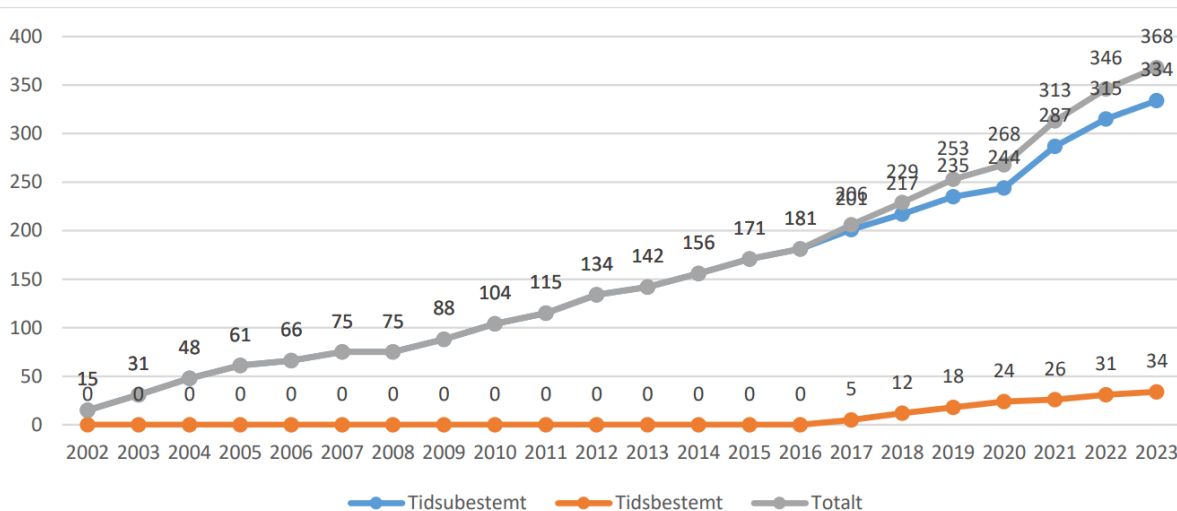
Dømte til tvungen psykisk helsevern får enten en tidsubestemt eller tidsbestemt dom. Tidsubestemt innebærer at dommen kan opprettholdes så lenge samfunnsvernet krever det, mens tidsbestemt er varigheten begrenset til tre år.

Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har vært økende de siste 10 årene, jf. figur 4.



Figur 4 Antall nye dommer til tvungent psykisk helsevern per år 2002-2023, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2023 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern

I 2012 var det 24 nye dommer, mens det i 2023 ble avsagt 51 dommer på overføring til tvungent psykisk helsevern. 39 av disse var til tidsubestemt dom, mens 12 var til tidsbestemt dom.



Figur 5 Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungen psykisk helsevern 2002-2023, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2023 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern

Figur 5 viser at antall dømte i behandling har økt betydelig, og at det i 2023 var 368 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 voldsproblematikk. Tabell 3 viser at 63 % av de dømte pasientene var i behandling med døgnopphold. Av de dømte i døgnbehandling var 64 % ved en sikkerhetsavdeling.

Behandlingsnivå	Tidsubestemt		Tidsbestemt		Totalt
	Med døgn	Uten døgn	Med døgn	Uten døgn	
Regional sikkerhetsavdeling	13	0	0	0	13
Lokal sikkerhetsavdeling	122	22	13	1	158
Allmennpsykiatrisk avdeling	46	10	10	1	67
Akuttpsykiatrisk avdeling	8	0	2	0	10
DPS	7	95	2	5	109
Annet/privat tiltak	8	3	0	0	11
<b>Totalt</b>	<b>204</b>	<b>130</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>368</b>
		<b>334</b>		<b>34</b>	

Tabell 3. Behandlingsnivå ved årsskifte 2023/2024. Kilde: Årsrapport 2023 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern

Som konsekvens reduseres behandlingsskapiteten for andre pasienter, som kan 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.

I tillegg til økningen av personer som er dømt til tvungen psykisk helsevern, er det også en økende bruk av varetektssurrogati.<sup>7</sup> Disse personene er oftest innlagt i sikkerhetspsykiatriske enheter/lukkede enheter, og bidrar til å øke presset på kapasiteten i slike enheter.

De regionale helseforetakene utarbeidet en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, som ble behandlet i de regionale styrene i 2023. Planen ble oversendt departementet 12.09.2023. Helse- og omsorgsdepartementet ba i etterkant om at de regionale helseforetakene skulle utarbeide et kostnadsoverslag for planen. Kostnadsoverslaget for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri ble

<sup>7</sup> Dersom en person på fengselstidspunkt vurderes å ha en sterkt avvikende sinnstilstand og antas å være straffri etter straffeloven §20, kan personen plasseres i institusjon på et såkalt varetektssurrogat.

behandlet i de regionale helseforetakene i 2024, og oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 15. juli 2024.

De regionale helseforetakene henviser til oversendt sak for «Kostnadsoverslag for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri» og ber at bevilgningen hensyntar de aktuelle beregninger.

### Driftsfinansiering av protonsentre

Protonbehandling er en ny likeverdig, flerregionalbehandlingstjeneste som gir økt kvalitet i behandlingen av kreft. Protonsentre er under etablering i Helse Vest og Helse Sør-Øst på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og vil starte opp i 2025. Driften av protonsentrene vil medføre økte kostnader på om lag 364 MNOK i 2026. Dette inkluderer både drifts- og kapitalkostnader (renter og avskrivninger) og er fratrukket investeringstilskudd fra HOD på 30 % av estimert investeringskostnad på bevilgningstidspunktet. ISF-refusjoner vil dekke en svært liten andel av kostnadene, estimert til rundt 8 MNOK (ca. 2 %)

År	2025	2026	2027	2028	2029
Driftskostnader OUS	170 510	215 288	202 660	201 230	200 301
Driftskostnader HB	143 795	148 886	148 538	144 448	143 472
<b>Samlede driftskostnader</b>	<b>314 305</b>	<b>364 175</b>	<b>351 198</b>	<b>345 678</b>	<b>343 773</b>

Tabell 4. Samlede driftskostnader for drift av protonsentre ved Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

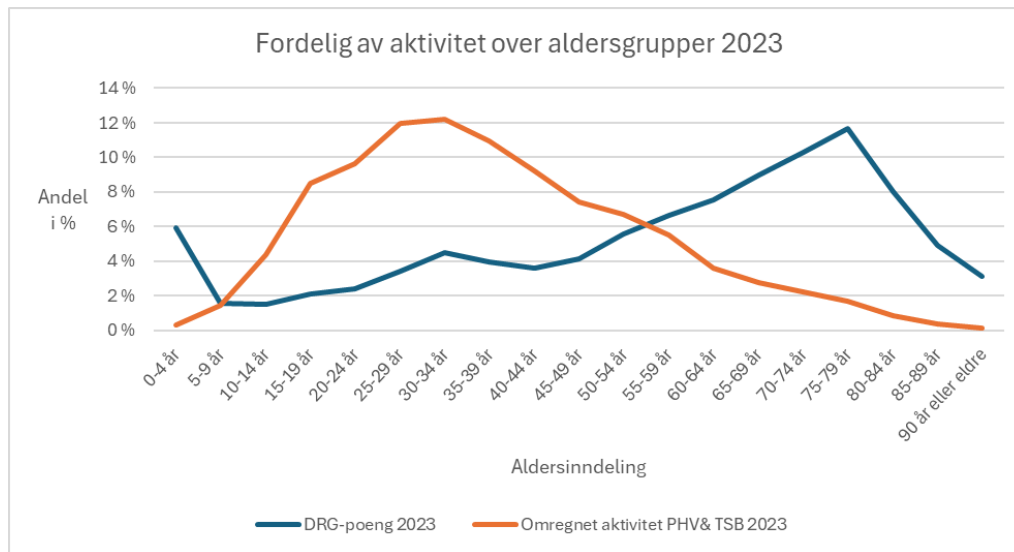
I Prop. 1 S (2023–2024) er det angitt at de regionale helseforetakene må dekke økningen i kapitalkostnadene for protonsentrene innenfor de ordinære, frie driftsbevilgningene. Etablering av protonsentrene vil gå på bekostning av midler til øvrig virksomhet. De regionale helseforetakene ber Helse- og omsorgsdepartementet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



## Behov for aktivitetsvekst 2026

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 hvor hovedtyngden er størst.

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 aldersgruppene er lavere enn de eldre aldersgruppene. Det gir lavere demografisk betinget vekst for psykisk helsevern og TSB.



Figur 5 Fordeling av aktivitet i 2023 fordelt på ulike aldersgrupper

### Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I 2022 ble den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB revidert. Modellen baseres både på det demografisk betingede behovet, samt behov utover demografi på grunn av endringsbehov i tjenestetilbudet. Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB anslo et nasjonalt behov for vekst i liggedøgn på 7,1 prosent og 15 prosent i poliklinikk frem mot 2040.<sup>8</sup> Modellen legger til rette med 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
  - Økt andel eldre i spesialisthelsetjenesten
  - Digitale tjenester

<sup>8</sup> [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf \(helse-sorost.no\)](#)



Modellen estimerer fremtidig behov for liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling, jamfør tabellene nedenfor.

Tabellen nedenfor viser hva effektene av henholdsvis demografi og endringsbehov utgjør for poliklinikk og liggedøgn for de ulike tjenesteområdene nasjonalt. Som nevnt over drives behovet innen psykisk helsevern av de yngre aldersgruppene. Når SSB anslår en lavere fremtidige befolkningsvekst for disse aldersgruppene, gir det mindre demografisk betinget vekst. Framskrivningsmodellen legger opp til en større vekst utover effekten av demografi, for å styrke tilbudet til barn- og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser, samt styrke tilbudet for eldre.

Effekt av demografi og framskrivningsmodell PHV & TSB nasjonalt i 2040		
	Demografi	Framskrivningsmodell
<b>VOP</b>		
Poliklinikk	8,3 %	16,7 %
Liggedøgn	8,2 %	13,1 %
<b>BUP</b>		
Poliklinikk	-6,0 %	1,6 %
Liggedøgn	-7,3 %	-0,4 %
<b>TSB</b>		
Poliklinikk	14,4 %	24,1 %
Liggedøgn	8,2 %	13,1 %
<b>Samlet</b>		
Poliklinikk	4,5 %	12,8 %
Liggedøgn	6,8 %	11,7 %

Tabell 5. Effekt av demografi og endringsfaktorer i framskrivningsmodell. Kilde: Framskrivningsmodell for PHV og TSB

Tabellene nedenfor viser hva framskrivningsmodellen estimerer av fremtidig behov for liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling.

Framskrevet antall liggedøgn pr tjenesteområde ved helseforetak/sykehus med opptaksområde				
År	VOP	BUP	TSB	Totalsum
2023	898 377	65 610	226 042	1 190 029
2026	944 759	70 058	236 729	1 251 545
Endring i perioden	5 %	7 %	5 %	5 %
Pr år	1,7 %	2,3 %	1,6 %	1,7 %

Tabell 6 Framskrevet antall liggedøgn. Kilde: Framskrivningsmodell for PHV og TSB

<b>Framskrevet antall polikliniske konsultasjoner pr tjenesteområde ved helseforetak/sykehus med opptaksområde</b>				
<b>År</b>	<b>VOP</b>	<b>BUP</b>	<b>TSB</b>	<b>Totalsum</b>
2023	1 756 373	976 360	521 531	3 254 264
2026	1 898 757	1 028 102	592 451	3 519 309
Endring i perioden	8 %	5 %	14 %	8 %
Pr år	2,7 %	1,8 %	4,5 %	2,7 %

Tabell 7 Framskrevet antall polikliniske konsultasjoner. Kilde: Framskrivningsmodell for PHV og TSB

<b>Framskrevet antall dagbehandlinger pr tjenesteområde ved helseforetak/sykehus med opptaksområde</b>				
<b>År</b>	<b>VOP</b>	<b>BUP</b>	<b>TSB</b>	<b>Totalsum</b>
2023	10 734	3 788	198	14 720
2026	12 030	4 008	308	16 345
Endring i perioden	12 %	6 %	55 %	11 %
Pr år	4,0 %	1,9 %	18,5 %	3,7 %

Tabell 8 Framskrevet antall dagbehandling. Kilde: Framskrivningsmodell for PHV og TSB

Tabellene viser at veksten i behovet for liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling er differensiert mellom de ulike tjenesteområdene. For å ha et enhetlig uttrykk har vi omregnet den framskrevne aktiviteten basert på kostnadsvekter. Dette gir et samlet behov for vekst 6,6 % i perioden 2023-2026, noe som tilsvarer en årlig vekst på 2,2 %, jamfør tabellen nedenfor.

<b>Gjennomsnittlig årlig vekst i omregnet aktivitet ved helseforetak og sykehus med opptaksområde</b>						
	<b>Aktivitet 2023</b>	<b>Aktivitet 2026</b>	<b>Vekt aktivitet</b>	<b>Vekt tjenesteområde</b>	<b>Omregnet aktivitet 2023</b>	<b>Omregnet aktivitet 2026</b>
VOP sykehus liggedøgn	567 941	598 293	1,00000	1,00000	567 941	598 293
VOP DPS liggedøgn	330 436	346 466	0,59270	1,00000	195 849	205 350
VOP poliklinikk	1 756 381	1 898 765	0,24730	1,00000	434 353	469 565
VOP dagbehandling	10 734	12 030	0,74910	1,00000	8 041	9 012
TSB liggedøgn	226 042	236 729	1,00000	0,60580	136 936	143 410
TSB poliklinikk	521 563	592 527	0,37910	0,60580	119 782	136 079
TSB dagbehandling	198	308	0,68960	0,60580	83	129
BUP sykehus liggedøgn	65 610	70 058	1,00000	1,00000	65 610	70 058
BUP poliklinikk	976 361	1 028 103	0,16780	1,00000	163 833	172 516
BUP dagbehandling	3 788	4 008	0,58390	1,00000	2 212	2 340
	4 459 054	4 787 285			1 694 640	1 806 751
					Endring i perioden	6,6 %
					Snitt endring pr år	2,2 %

Tabell 9 Omregnet aktivitet. Vektene er basert på NOU 2019:24 inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

## Somatikk

I 2023 ble framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester revidert<sup>9</sup>. Modellen er en vurdering av befolkningens behov for helsetjenester, og tar i mindre grad inn aktuelle utfordringer omkring økonomi og helsepersonell. Den er dermed i hovedsak en modell for aktivitet (innleggelses og poliklinisk behandling), og er ikke direkte overførbart til behov for personell eller kostnadsutvikling.

Det er vanlig praksis at siste tilgjengelige år benyttes som utgangspunkt for framskrivinger. Dette er hensiktsmessig av flere årsaker, hvor blant annet organisatoriske forhold<sup>10</sup> og faglig utvikling<sup>11</sup> vil være mest oppdatert. Av den grunn er 2023 brukt som utgangspunkt.

Aktiviteten framskrives ut fra SSB sine befolkningsframskrivinger<sup>12</sup>, med femårig alder, kjønn og kommune. Økende alder er en sentral prediktor for behov for somatiske helsetjenester, og med flere eldre i Norge i årene framover vil befolkningens behov for somatiske helsetjenester øke betydelig.

Når det gjelder behovet for liggedøgn legger framskrivningsmodellen opp til at det først gjøres en ren demografisk framskrivning. Modellen reduserer deretter behovet for liggedøgn basert på følgende faktorer:

- Friskere aldring
- Behandling av kreftsykdom
- Utskrivningsklare liggedøgn
- Forbedringsfaktor

Behovet for liggedøgn øker med 18 % nasjonalt i 2040, sammenlignet med aktiviteten i 2023.

Når det gjelder behovet for poliklinikk, har det vært en vekst i antall kontakter utover hva befolkningsveksten skulle tilsi over flere år. I framskrivningsmodellen gjøres det først en ren demografisk framskrivning. Deretter legges det til en vekst utover befolkningsveksten for blant annet å håndtere fremtidig vekst innen kreft og øyesykdommer. Deretter modifiseres behovet noe gjennom bruk av «digital hjemmeoppfølging». Behovet for poliklinikk øker med 23 % nasjonalt i 2040, sammenlignet med aktiviteten i 2023. Tabellen nedenfor viser framskrevet behov for aktivitet nasjonalt for 2026.

<b>Framskrevet antall liggedøgn og poliklinikk (inkludert døgnopphold uten liggedøgn: eks. kirurgi og dialyse).</b>		
	<b>Liggedøgn</b>	<b>Poliklinikk</b>
2023	2 997 411	6 768 933
2026	3 127 570	7 194 185
Endring 2023-2026	4,3 %	6,3 %
Gjennomsnittlig endring pr år	1,4 %	2,1 %

<sup>9</sup> [framskrivningsmodell-for-somatiske-spesialisthelsetjenester.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

<sup>10</sup> F.eks. kommuneinndelinger er samstemt over ulike informasjonskilder og oppdatert sykehusstruktur.

<sup>11</sup> F.eks. etablering og utbredelse av samme-dags innleggelses ved planlagt kirurgi, overgang til dagkirurgi, og overgang fra døgninnleggelse til poliklinisk utredning og behandling ved planlagte medisinske opphold.

<sup>12</sup> MMMM-alternativet.

Framskrivningsmodellen gir en årlig nasjonal vekst i antall liggedøgn på 1,4 %, og 2,1 % i antall polikliniske konsultasjoner. For å omregne modellen til vekst i DRG-poeng, er vekstfaktorene i modellen multiplisert med antall DRG-poeng i 2023. Det gir en årlig vekst i antall DRG-poeng på 1,5 %.

#### Samlet vekstbehov

Behovsveksten for de fire tjenesteområdene vektet sammen ved hjelp av nasjonale kostnadsandeler i spesialisthelsetjenesten. Kostnadsandelene hentes fra SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023. Resultater fra somatikk vektet med 78,2 %, VOP med 14,3%, BUP med 3,7 % og TSB med 3,7 %.

Det gir et samlet vekstbehov på 1,7 %.