

Møtedato: 24. november 2021  
Vår ref.:  
2021/1721-1/

Saksbehandler:  
Kirsti Freibu Tidemann

Dato:  
14.11.2021

## Styresak 149-2021

## Statsbudsjett 2023 – felles innspill fra alle regionale helseforetak og innspill fra Helse Nord RHF

### Formål

Formålet med denne styresaken er å gi tilslutning til felles innspill fra alle de regionale helseforetakene (RHF) til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med statsbudsjett 2023.

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 14. januar 2021 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2023 innen 1. desember 2021.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2023 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 2023.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

### Beslutningsgrunnlag

#### Aktivitetsforutsetninger – innspill til statsbudsjettet for 2023

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovet for spesialisthelsetjenester. Det er i tillegg viktig å styrke kvaliteten på tjenestene, øke innsatsen innen forskning og utvikling, samt øke investeringer i bygg, ny teknologi og utstyr. Dette setter krav til økte ressurser og mer effektiv bruk av ressursene.

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

Framskrivningene av aktivitetsbehov er gjennomført på aggregert nivå og tar utgangspunkt i nasjonale tall. På grunn av koronapandemien er aktivitetsdata for 2020 lite egnet som grunnlag for å vurdere aktivitetsbehovet i 2023. Vurderingene er

forventet aktivitetsbehov i 2023 er derfor basert på analyser gjort med 2019-data. Dette gjør at mange av vurderingene er lik som i innspill til statsbudsjett for 2022.

#### *Behov for aktivitetsvekst innen somatikk*

Innen somatikk er framskrivningene todelt:

1. Behovet for aktivitetsvekst som oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen. Dette kalles for den demografisk betingede veksten. Estimert av behovet tar utgangspunkt i sammenhengen mellom aldersfordelingen og forbruk som sees i spesialisthelsetjenesten i dag.
2. Behov for aktivitetsvekst ut over det som er demografisk betinget. I framskrivningene tas dette hensyn til gjennom en økt andel av pasienter med flere kroniske sykdommer samtidig. Disse pasientene har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre.

#### *Demografisk betinget vekst – somatikk*

Framskrivningen av behov for aktivitetsvekst innen somatikk gjøres på antall DRG-poeng. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskrivning av 2020 er benyttet som grunnlag. For å beregne veksten i DRG-poeng ganges snitt DRG-poeng per pasient, fordelt på alder og kjønn i 2019, med endringen i antall pasienter i årene framover.

Denne beregningen gir en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2022 til 2023 på 1,5 prosent.

#### *Vekst ut over demografisk betinget vekst – somatikk*

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.

Gjennomgang av aktivitetsdata fra 2016 – 2019 viser at en større andel av pasientene har flere kroniske sykdommer samtidig. Flere kroniske sykdommer samtidig gir økt kompleksitet i diagnostikk og behandling. Denne pasientgruppen har derfor flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn andre pasienter. For pasienter med to eller flere kroniske sykdommer var det en årlig vekst i pasientbehandlingen på 1,4 prosent i perioden fra 2016 – 2019. Den gjennomsnittlige årlige økningen i kontakter for pasienter uten definert kronisk sykdom i samme periode var på 0,4 prosent.

#### *Samlet vekst for somatikk*

Samlet gir demografisk vekst og vekst ut over demografisk betinget vekst et økt aktivitetsbehov på 2,1 prosent for somatiske spesialisthelsetjenester fra 2022 til 2023.

#### *Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

En identisk framskrivning av forventet demografisk vekst innen psykisk helsevern og TSB som i somatikk er vanskelig. Dette særlig fordi kostnadsvekstarbeidet innen psykisk helsevern og TSB er kommet kortere enn i somatikk. En tilnærming til problemstillingen vil være å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som venter snitt kostnad per enhet. Denne kan deretter framskrives fordelt på alder og kjønn, og vil gi 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.

Den omregnede aktivitet framskrives med ett-årig alder, kjønn og kommune frem til 2023. Den forventede samlede befolkningsveksten fra 2022 til 2023 er på 0,5 prosent. Veksten innen psykisk helsevern og TSB er imidlertid beregnet til 0,3 prosent forutsatt dagens behandlingsprofil på alder og kjønn. Den relativt lave veksten 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 25–29 år. For somatikk er det høyest aktivitet for aldersgruppen 70–74 år.

Ser vi på utviklingen fra før pandemien og frem til i dag (til og med august 2021) ser vi at det har vært en vekst i antall individer til behandling på 2,2 prosent fra 2019 – 2021 (januar – august). Fra samme periode i 2020 til 2021 er veksten større enn 2,2 prosent, og kan tyde på en opphopning av pasienter som vil ha et behov for behandling og oppfølging over tid. Det er også behov for å styrke tjenestene innen enkelte områder og en vridning i tilbudet som vil være mer kostnadskrevende. En del prioriterte tiltak som ambulante team og styrking av sikkerhetspsykiatri gir ikke nødvendigvis like stor aktivitetsøkning. De regionale helseforetakene anbefaler derfor at det foreløpig legges til grunn et økt aktivitetsbehov på 1,2 prosent. Dette er ikke til hinder for en større økning i ressursbruken.

#### *Oppsummering behov for aktivitetsvekst*

For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2022 til 2023 på 2,1 prosent.

For psykisk helsevern og TSB er det behov for å styrke basistjenestene og en særskilt styrking av tilbudet for de med alvorlige psykiske lidelser. Det jobbes med tiltak og beregning av de økonomiske konsekvensene i arbeidet med utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner som vil foreligge våren 2022. På bakgrunn av lavere alder i pasientgruppen som helhet, tilsier den demografiske utviklingen kun 0,3% behovsvekst. Det er imidlertid ønskelig med en fortsatt prioritering av psykisk helse og rus blant annet for å ivareta økt behov som følge av pandemien. De regionale helseforetakene anbefaler derfor at det planlegges med en aktivitetsvekst på 1,2 prosent. Dette er ikke til hinder for en større økning i ressursbruken.

Forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023

- Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt.
- Finansiering av legemiddelområdet.
- Finansiering av behandlingshjelpemidler.
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg».
- Renteberegningsregimet ved langsiktige lån.

#### *Forutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt*

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst som følge av den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil 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.

Det vil kreve investering i utstyr, personell, teknologi og annen infrastruktur for å håndtere en slik vekst. De årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gis på basis av forventet aktivitetsvekst, og det forutsettes at veksten lar seg gjennomføre innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering og avbyråkratisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling, som på kort sikt vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, og at det må være handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. De økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsing på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det må legges til rette for handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr.

#### *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 ser det som nødvendig at det etableres en ordning som gir forutsigbarhet og kostnadskompensasjon når kostnadene til legemidler er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

#### *Finansiering av behandlingshjelpemidler*

Helseforetakene overtok ansvaret for insulinpumpebehandling i 2005. De fleste pasientene ble da behandlet med insulinpenn, og målte blodsukkeret ved fingerstikking. Utviklingen på utstysfronten har vært stor. Nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med insulinpumpebehandling (IPM), 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 om insulinprodukter 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. Kostnadene med CGM er samtidig høyere enn kostnaden med fingerstikking, noe som gjør at totalkostnaden for måling av blodsukker.

### *Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»*

Kostnadene ved ordningen «Dom til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede» økte fra 79,4 millioner kroner i 2012 til 119,5 millioner kroner i 2019, og innføring av egenandel for RHF-ene ble begrunnet i å skulle stimulere til kostnadskontroll.

De sentrale kostnadsdriverne i ordningen er antall personer som dømmes til tvungen omsorg og lengden på dom. Utviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel var derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Det bes derfor om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

### *Endringen 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. Helseforetakene eies av den norske stat ved Helse- og omsorgsdepartementet, og eier hefter ubegrenset for helseforetakenes forpliktelser. Lån til helseforetak har dermed ingen kredittrisiko. Helseforetakene vill oppnådd betydelig bedre rentebetingelser hvis man selv lånte penger i markedet.

Det ville bidra til bærekraft og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko dersom en fikk et regime som lå nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Det nye renteregimet ble ikke gjort provenynøytralt. De årlige rentekostnadene vil bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene når nye prosjekter blir finansiert utover på 2020-tallet. Endringen i renteregimet vil også slå svært ulikt ut for helseforetakene og helseregionene, i og med at man er i ulike faser i forhold til de store byggeprosjektene. Med det etablerte prioriteringsregimet for investeringer i spesialisthelsetjenesten og helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer, vurderes renter som et uhensiktsmessig virkemiddel for rasjonering av investeringsprosjekter.

## **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 2023 - som følger:

- Ber om særskilt bevilgning på 15 mill. kr. i 2023 og 2024 for å øke kapasiteten på ALIS-utdanningen i Nord-Norge.

## **Adm. direktørs vurdering**

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2023 synes det mest meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, felles for de fire regionale helseforetakene. Administrerende direktør er positiv til dette samarbeidet og at en finner frem til et felles innspill for hele spesialisthelsetjenesten.

Koronapandemien har gjort det nødvendig å bruke et tallgrunnlag fra 2019 heller enn 2020 ved framskrivning av aktivitetsbehov. De foreliggende vurderinger og analyser gir likevel et godt og nøkternt bilde av aktivitets- og ressursbehovet for 2023.

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 2023.

Som innspill til statsbudsjett for 2023 anbefaler administrerende direktør videre at styret særlig peker på de fem områdene som er omtalt i saken: at forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad ikke er bærekraftig på sikt, finansieringen av legemiddelområdet, finansieringen av behandlingshjelpemidler, avvikling av ordningen med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg» og renteberegningsregimet ved langsiktige lån.

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

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2023.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023:
  - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt.
  - Finansiering av legemiddelområdet.
  - Finansiering av behandlingshjelpemidler.
  - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg».
  - Renteberegningsregimet ved langsiktige lån.
3. Styret ber om at følgende innspill fra Helse Nord RHF vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023:
  - Be om særskilt bevilgning på 15 mill. kr. i 2023 og 2024 for å øke kapasiteten på ALIS-utdanningen i Nord-Norge.
4. Styret ber om at felles innspill fra alle regionene og innspill fra Helse Nord RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Bodø, 14. november 2021

Cecilie Daae  
administrerende direktør

Vedlegg:

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

## Vedlegg 1

### Innspill til statsbudsjett 2023

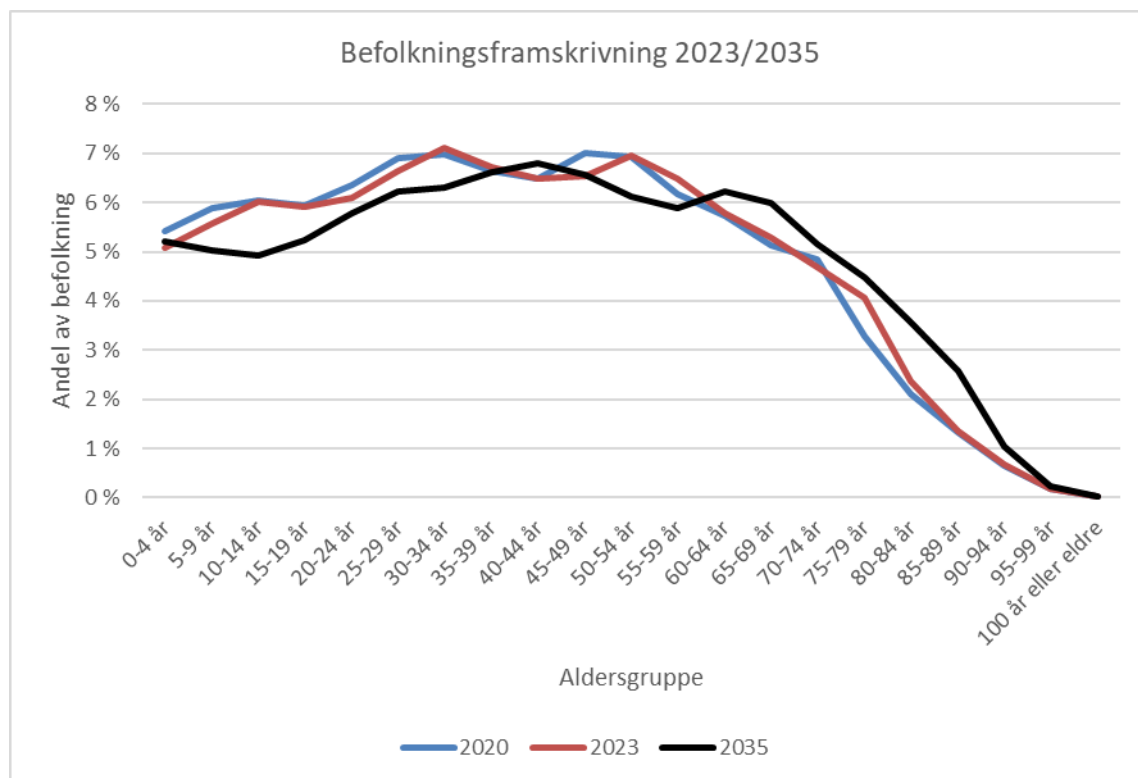
#### Innledning

De regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett 2023. På grunn av covid-19-pandemien er aktivitetsdata for 2020 avvikende, og er lite egnet for å bruke som et grunnlag for å vurdere aktivitetsbehovet i 2023. Vurderingene knyttet til forventet aktivitetsbehov i 2023 er derfor basert på analyser gjort med 2019-data.

Framskrivningene av aktivitetsbehov er i dette notatet todelt. Den første delen er behovet for aktivitetsvekst 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 vekst ut over det som er demografisk betinget. Dette kan for eksempel være vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får behandling i dag, og som det er behov for å behandle.

I tillegg til framskrivninger av aktivitetsbehov gir de regionale helseforetakene innspill på andre forhold som er nærmere beskrevet til slutt i notatet.

Spesialisthelsetjenesten står overfor flere utfordringer i tiden fremover. Viktige utviklingsfaktorer er at vi blir flere eldre samtidig som det blir færre og mer sentralisert lokaliserte yrkesaktive. Figur 1 viser endringen i befolkningssammensetningen i Norge frem mot 2035 jf. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskrivning av 2020.



Figur 1 Befolkningstall for 2020 samt befolkningsframskrivning av Norges befolkning etter aldersgrupper for 2023 og 2035



Selv om endringene mellom 2020 og 2023 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i andel eldre. Flere mennesker vil 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.

Et sentralt spørsmål de kommende årene vil være hvordan spesialisthelsetjenesten kan møte det økte behovet for spesialisthelsetjenester når det er manglende tilgang på kvalifisert personell. Nasjonal helse- og sykehusplan peker blant annet på denne utfordringen, og spesifiserer 12 områder med tiltak for hvordan helsetjenesten skal håndtere veksten, ved blant annet nye arbeidsformer. Til tross for at flere av tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan er samstemt med utviklingsplanene i helseforetakene og de regionale helseforetakene, forventes det at implementering av tiltakene vil ta lenger tid enn forutsatt. Dette skyldes i all hovedsak de senere års håndtering av covid-19-pandemien. Samtidig har den pågående covid-19-pandemien understreket behovet for raskere implementering av flere av tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan, og det må sannsynligvis forventes økte kostnader før gevinster kan realiseres av tiltakene.

## Estimert aktivitetsbehov 2023

### Demografisk endring for spesialisthelsetjenesten

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 gange opp med endringen i befolkningen i den aktuelle gruppen frem mot året det framskrives til. Med denne metoden kombineres altså den historiske sammenhengen mellom aktivitet og alder/kjønn med befolkningsframskrivninger. Den demografiske framskrivningen tar derfor ikke hensyn til at aktivitetsmønsteret kan endres, for eksempel som følge av en ønsket utvikling mot behandling av flere med psykiske lidelser.

### Somatikk

For å beregne veksten i DRG-poeng som følge av den demografiske utviklingen, ganges snitt DRG-poeng per pasient per ettårig alder og kjønn i 2019 med endringen i antall pasienter.

Når denne metoden benyttes med utgangspunkt i 2019 gir det en forventet økning i antall DRG-poeng fra 2022 til 2023 på 1,49 prosent som vist i tabell under.

År	DRG	Endring
2019	1 563 903	
2021	1 611 518	3,04 %
2022	1 634 857	1,45 %
2023	1 659 173	1,49 %

#### 2020 utgår

Tabell 1 Demografisk framskrivning av DRG-poeng

### Forventet vekst utover demografi

Som nevnt innledningsvis, øker antallet pasienter med flere samtidige sykdommer med en aldrende befolkning. Tabell 2 viser at det i perioden 2016 - 2019 var en vekst i antall pasienter uten kronisk

sykdom på 1,2 prosent. Veksten for pasienter med en kronisk sykdom var 9,4 prosent, mens den for pasienter med to eller flere kroniske sykdommer var på 5,6 prosent.

Antall individer og antall kontakter med somatiske sykehusfunksjoner i perioden 2016-2019						
År	Pasienter uten definert kronisk sykdom		Pasienter med én kronisk sykdom		Pasienter med to eller flere kroniske sykdommer	
	Individer	Kontakter	Individer	Kontakter	Individer	Kontakter
2016	1 426 399	3 812 666	358 662	1 831 061	155 608	1 460 075
2017	1 433 421	3 854 638	371 157	1 894 051	158 786	1 512 227
2018	1 432 292	3 840 798	385 016	1 959 170	162 048	1 552 954
2019	1 442 893	3 898 316	392 424	2 011 487	164 362	1 604 771
Endring i perioden	1,2 %	2,2 %	9,4 %	9,9 %	5,6 %	9,9 %

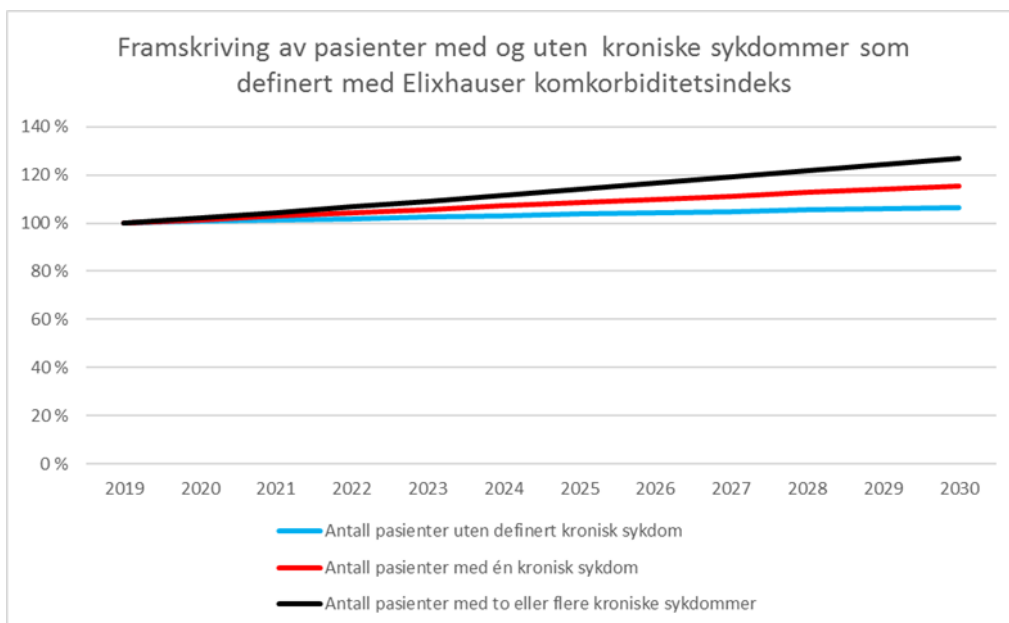
Tabell 2 Antall individer og antall kontakter for pasienter uten kronisk sykdom, pasienter med en kronisk sykdom og pasienter med to eller flere kroniske sykdommer. Årlige endringer 2016-2019

Tabell 3 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient for de tre kategoriene pasienter. I 2019 hadde pasienter uten kronisk sykdom i gjennomsnitt 2,7 kontakter med spesialisthelsetjenesten, mens pasienter med en kronisk sykdom i gjennomsnitt hadde 5,1 kontakter. Pasienter med to eller flere kroniske sykdommer hadde i gjennomsnitt 9,8 kontakter. Den årlige endringen i antall kontakter per pasient er størst for pasienter med to eller flere kroniske sykdommer.

Kontakter per individ per år i somatiske sykehusfunksjoner						
År	Kontakter per individ			Årlig endring		
	Pasienter uten definert kronisk sykdom	Pasienter med én kronisk sykdom	Pasienter med to eller flere kroniske sykdommer	Pasienter uten definert kronisk sykdom	Pasienter med én kronisk sykdom	Pasienter med to eller flere kroniske sykdommer
2016	2,7	5,1	9,4			
2017	2,7	5,1	9,5	0,6 %	0,0 %	1,5 %
2018	2,7	5,1	9,6	-0,3 %	-0,3 %	0,6 %
2019	2,7	5,1	9,8	0,8 %	0,7 %	1,9 %

Tabell 3 Gjennomsnittlig antall kontakter med spesialisthelsetjenesten per pasient per år for pasienter uten kronisk sykdom, pasienter med en kronisk sykdom og pasienter med to eller flere kroniske sykdommer. Årlige endringer 2016-2019

Figur 2 viser en framskrivning av utviklingen i antall individer som er i kontakt med somatiske sykehusfunksjoner med og uten kroniske sykdommer, utviklingen for multisyrke er definert med Elixhauser komorbiditetsindeks (se beskrivelse under metode).



Figur 2 Fremskrevet utvikling i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten for pasienter med og uten kroniske sykdommer, 2019-2030

Figuren viser at det er en større vekst i antall pasienter med kronisk sykdom enn i pasienter uten kroniske sykdommer. Særlig gjelder dette pasienter som har flere kroniske sykdommer samtidig. Som vist i tabell 3 har pasientene med kroniske sykdommer en høyere kontakthypighet med spesialisthelsetjenesten enn øvrige pasienter. Den gjennomsnittlige årlige økningen i kontakter for pasienter uten definert kronisk sykdom er i perioden 2016-2019 på 0,4 prosent. Tilsvarende økning for pasienter med to eller flere kroniske sykdommer er på 1,4 prosent.

I tabell 4 er forskyvningen i pasientgruppene basert på utviklingen fra 2016 innarbeidet i tillegg til den rene demografiske veksten. Denne effekten inkluderer således både effekten av demografiske endringer og effekten av at en større andel pasienter har flere kroniske sykdommer samtidig, hvilket medfører økt kompleksitet i diagnostikk og behandling.

Det beregnede behovet for aktivitetsvekst i 2023 er da beregnet til 2,1 prosent.

År	Pasienter uten definert kronisk sykdom					Pasienter med én kronisk sykdom					Pasienter med to eller flere kroniske sykdommer				
	Individer	Kontakter	Kontakter per individ	DRG-poeng	DRG-poeng per kontakt	Individer	Kontakter	Kontakter per individ	DRG-poeng	DRG-poeng per kontakt	Individer	Kontakter	Kontakter per individ	DRG-poeng	DRG-poeng per kontakt
2016	1 426 399	3 812 666	2,7			358 662	1 831 061	5,1			155 608	1 460 075	9,4		
2017	1 433 421	3 854 638	2,7			371 157	1 894 051	5,1			158 786	1 512 227	9,5		
2018	1 432 292	3 840 798	2,7			385 016	1 959 170	5,1			162 048	1 552 954	9,6		
2019	1 442 893	3 898 316	2,7	599 928	0,15	392 424	2 011 487	5,1	385 234	0,19	164 362	1 604 771	9,8	578 741	0,36
2020	1 454 698	3 944 318	2,7	607 007	0,15	398 427	2 045 014	5,1	391 655	0,19	168 030	1 662 500	9,9	599 561	0,36
2021	1 462 519	3 965 524	2,7	610 270	0,15	403 896	2 073 084	5,1	397 031	0,19	171 729	1 699 096	9,9	612 759	0,36
2022	1 470 552	4 001 619	2,7	615 825	0,15	409 403	2 104 186	5,1	402 987	0,19	175 505	1 759 649	10,0	634 596	0,36
2023	1 479 219	4 039 654	2,7	621 679	0,15	414 962	2 135 634	5,1	409 010	0,19	179 412	1 822 846	10,2	657 388	0,36

År	Sum DRG
2022	1 653 409
2023	1 688 077
	34 668
Endring	2,10 %

Tabell 4 Beregnet aktivitetsbehov

## Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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. En tilnærming til problemstillingen vil

være å omregne aktiviteten i psykisk helsevern og TSB til et enhetlig uttrykk som vektet snitt kostnad per enhet. Denne kan deretter framskrives fordelt på alder og kjønn, og vil gi 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.

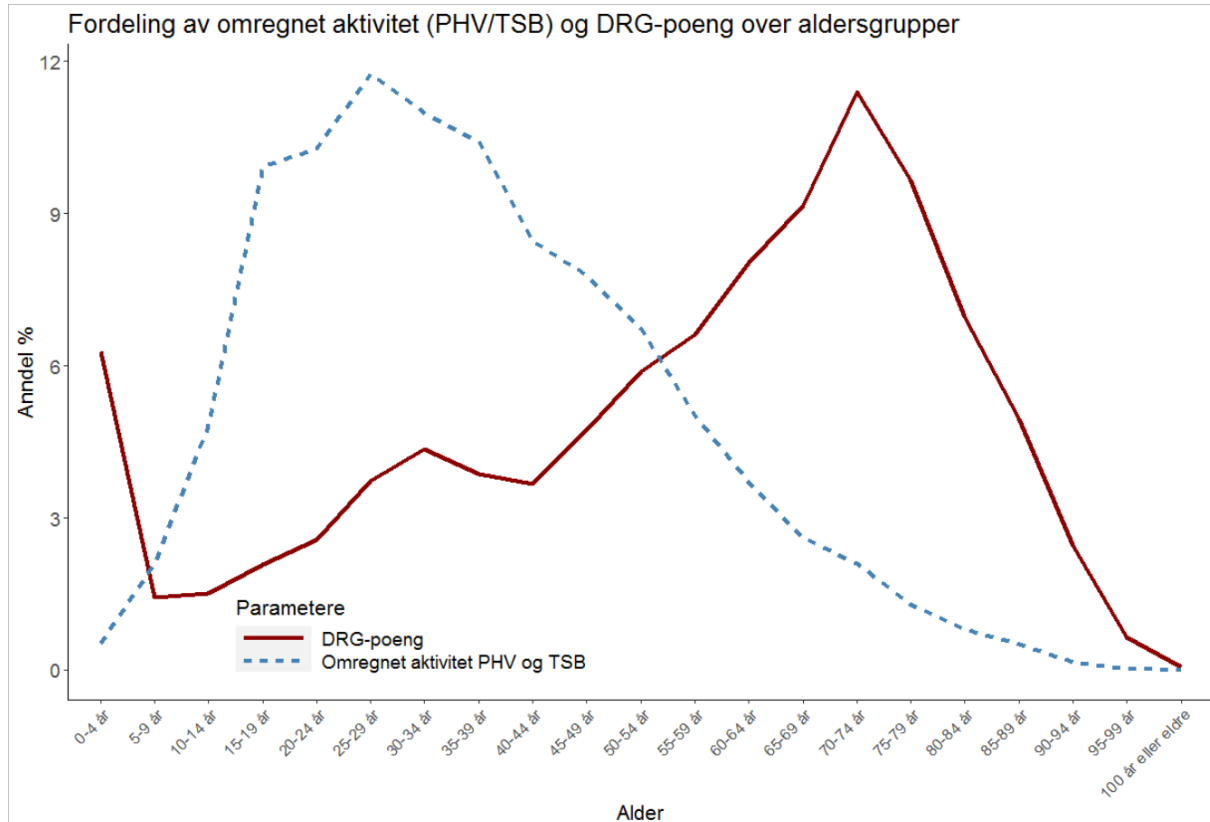
Tabell 5 viser aktivitet, vekt og omregnet aktivitet.

	Aktivitet 2019	Vekt	Omregnet aktivitet
VOP liggedøgn	1 065 478	1,00	1 065 478
VOP pol./dag	1 836 796	0,21	385 727
BUP liggedøgn	80 222	1,52	121 937
BUP pol./dag	839 893	0,27	226 771
TSB liggedøgn	603 770	0,62	374 337
TSB pol./dag	609 462	0,21	127 987
Avtalespesialister pol	610 614	0,06	38 163
Sum	5 646 235		2 340 402

Tabell 5 Aktivitet, vekt og omregnet aktivitet

Hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre befolkning enn i somatikk. Figuren under viser fordeling av omregnet aktivitet innen psykisk helsevern og TSB og DRG-poeng for somatikk.

Figur 3 viser at hovedtyngden av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre befolkning med høyest aktivitet for aldersgruppen 25 - 29 år. For somatikk er bildet motsatt med høyest aktivitet for aldersgruppen 70 - 74 år.



Figur 3 Fordeling av omregnet aktivitet (PHV/TSB) og DRG-poeng somatikk over aldersgrupper i 2019

Den omregnede aktivitet framskrives med ett-årig alder, kjønn og kommune frem til 2023. Tabellen 6 oppstiller resultater.

	Omregnet aktivitet	Endring
2019	2 340 402	
2021	2 391 777	2,2 %
2022	2 397 729	0,2 %
2023	2 405 153	0,3 %

Tabell 6 Resultater av omregnet aktivitet

Den forventede samlede befolkningsveksten fra 2022 til 2023 er på 0,5% (fra 5 417 877 til 5 445 398 individer). Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 0,3% forutsatt lik behandlingsprofil på alder og kjønn i 2023 som i 2019.

### Historisk utvikling

Fra 2017 til 2019 var det en årlig økning i antall individer til behandling i helseforetakene/sykehusene på 0,6%. Standardisert for alder og kjønn var veksten på 0,1%. I samme periode var det en reduksjon i antall polikliniske opphold (innføring av innsatsstyrt finansiering i perioden vil kunne ha en betydning) og liggedøgn. Veksten i kostnader var på 0,5%, målt i faste 2020 priser. Kostnadsveksten i 2020 må ses i sammenheng med lav lønns- og prisvekst i 2020.

Aktivitetsparametere for PHV og TSB (eksl. avtalespesialister)	Antall, rårate og standardiserte rater				Årlig utvikling			Gjennomsnitt 2017 - 2019
	2017	2018	2019	2020	2017 til 2018	2018 til 2019	2019 til 2020	
Antall individer	229 518	229 245	232 216	232 351	-0,1 %	1,3 %	0,1 %	0,6 %
Antall individer - rårate per 100 000	4 365	4 329	4 358	4 329	-0,8 %	0,7 %	-0,7 %	-0,1 %
Antall individer - standardiserte rater per 100 000	4 364	4 338	4 376	4 355	-0,6 %	0,9 %	-0,5 %	0,1 %
Poliklinikk/dag	3 311 098	3 240 363	3 286 151	3 378 470	-2,1 %	1,4 %	2,8 %	-0,4 %
Poliklinikk/dag - rårate per 100 000	62 969	61 190	61 675	62 942	-2,8 %	0,8 %	2,1 %	-1,0 %
Poliklinikk/dag - standardiserte rater per 100 000	62 963	61 360	62 018	63 460	-2,5 %	1,1 %	2,3 %	-0,7 %
Liggedøgn	1 793 553	1 769 017	1 749 470	1 384 144	-1,4 %	-1,1 %	-20,9 %	-1,2 %
Liggedøgn - rårate per 100 000	34 109	33 405	32 834	25 787	-2,1 %	-1,7 %	-21,5 %	-1,9 %
Liggedøgn - standardiserte rater per 100 000	34 104	33 441	32 901	25 812	-1,9 %	-1,6 %	-21,5 %	-1,8 %
Kostnader i 1000 fra SAMDATA (faste priser 2020)	29 688 213	29 795 299	30 014 782	30 633 294	0,4 %	0,7 %	2,1 %	0,5 %
Kostnader fra SAMDATA per 100 000 (faste priser 2020)	564 595	562 641	563 318	570 710	-0,3 %	0,1 %	1,3 %	-0,1 %

Tabell 7 Antall individer til behandling i helseforetak/sykehus

Ser vi på utviklingen fra før pandemien og frem til i dag (til og med august 2021) ser vi at det har vært en vekst i antall individer til behandling på 2,2% fra 2019 – 2021 (januar – august). Fra samme periode i 2020 til 2021 er veksten større enn 2,2% og kan tyde på en opphopning av pasienter som vil ha et behov for behandling og oppfølging over tid.

Diagnosegruppe	jan- aug 2019	jan - aug 2020	jan - aug 2021	Endring 2019 - 2021
Alvorlige psykiske lidelser	20 559	19 983	19 521	-5,0 %
Angst	25 933	25 184	24 772	-4,5 %
Belastningslidelse	30 302	30 727	30 158	-0,5 %
Depresjon	37 108	35 980	34 389	-7,3 %
Diverse	20 517	20 276	21 377	4,2 %
Kompleks belastningslidelse	3 092	2 979	2 779	-10,1 %
Organiske lidelser	1 816	1 873	1 643	-9,5 %
Personlighetsforstyrrelser	8 078	7 640	7 850	-2,8 %
Rus	25 252	24 736	24 737	-2,0 %
Somatikk	1 210	1 263	1 214	0,3 %
Spiseforstyrrelser	3 083	3 166	3 370	9,3 %
Symptom	51 751	51 409	55 539	7,3 %
Uspesifisert (tom)	1 386	1 442	1 199	-13,5 %
<b>Totalsum</b>	<b>232 114</b>	<b>230 148</b>	<b>237 111</b>	<b>2,2 %</b>

Tabell 8 Antall individer til behandling per diagnosegruppe i helseforetak/sykehus

### Behov for framtidig utvikling

I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre analyser og utvikle en ny modell for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB. Rapporten og anbefalingene er nylig overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet og peker på et behov for en dreining i innretningen av tjenestene og et behov for å styrke tjenestene innen enkelte områder.

Data for estimert forekomst og antall som får en behandling i spesialisthelsetjenesten indikerer at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten for eldre over 65 år, pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte lidelser er lav og bør styrkes. Spesialisthelsetjenesten behandler i dag få barn- og unge med rusproblematikk, og flere undersøkelser har vist at barn og unge som følges opp av barnevernet har høy forekomst av psykiske lidelser. Det pekes derfor på at det er behov for å styrke tilbudet til barn og unge fremover.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er noen av anbefalingene å:

- Øke behandlingstilbudet for personer med psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol
- Etablere ø-hjelpstilbud i helseforetakene der det ikke finnes
- Styrke det polikliniske tilbudet i overgangene mellom hjem og institusjon
- Styrke det oppsøkende polikliniske tilbudet

For psykisk helsevern er noen av anbefalingene å:

- Styrke behandlingstilbudet for gruppen over 65 år, barn og unge, spiseforstyrrelser og posttraumatisk stressyndrom
- Særlig styrke døgnkapasiteten for personer med spiseforstyrrelser, psykoser, rusutløst psykose og bipolar lidelse
- Etablere og videreutvikle oppsøkende polikliniske tilbud

Rapporten gir en klar anbefaling om at spesialisthelsetjenesten styrker tilbudet for de med alvorlige psykiske lidelser. Dette er tilbud som er mer ressurskrevende og bemanningsintensivt. Eksempelvis

vil et ø-hjelps døgn tilbud innen TSB ha en betydelig høyere bemanningsfaktor og kostnad enn for et døgnopphold ved en langtidsinstitusjon.

#### Aktivitetsbehov for psykisk helsevern og TSB

Forutsatt lik aldersprofil for de som er i behandling innen psykisk helsevern og TSB, som i 2019, er det beregnede demografiske behovet fra 2022 til 2023 på 0,3%.

Analysene og vurderingene som ligger til grunn for ny modell for framskrivninger for psykisk helsevern og TSB viser at det er behov for å styrke tjenestene innen enkelte områder og en vridning i tilbudet som vil være mer resurskrevende. Eksempelvis vil økning i tilbudet til eldre over 65 år endre den demografiske profilen, samtidig som dette vil kreve ressursøkning utover dagens demografiske behov.

Dette er et eksempel av flere forhold som er belyst i rapporten. Rapporten er nylig overlevert og det jobbes nå med å se på tiltak og konsekvenser i arbeidet med utviklingsplaner og økonomisk langtidsplan. Resultatet av dette vil foreligge våren 2022, men de regionale helseforetakene anbefaler at det legges til rette for en aktivitetsvekst på 1,2% som er noe høyere enn demografisk utvikling tilsier for blant annet å ivareta økt behov som følge av pandemi.

#### Oppsummering behov for aktivitetsvekst

Det er beregnet at den demografiske utviklingen (befolkningsvekst og endret alderssammensetning) gir en behovsvekst på 1,5 prosent innenfor somatikk og 0,3 prosent innenfor psykisk helsevern og TSB forutsatt at aldersprofilen for de som kommer i behandling i 2023 er lik som i 2019. I tillegg må aktiviteten økes for å møte økte behov for spesialisthelsetjenester som følge av medisinsk utvikling og at det er behov for styrke tjenestene for prioriterte pasientgrupper. Dette gir et samlet behov for aktivitetsvekst på 2,1 prosent fra 2022 til 2023 for somatikk og 1,2% for psykisk helsevern og TSB.

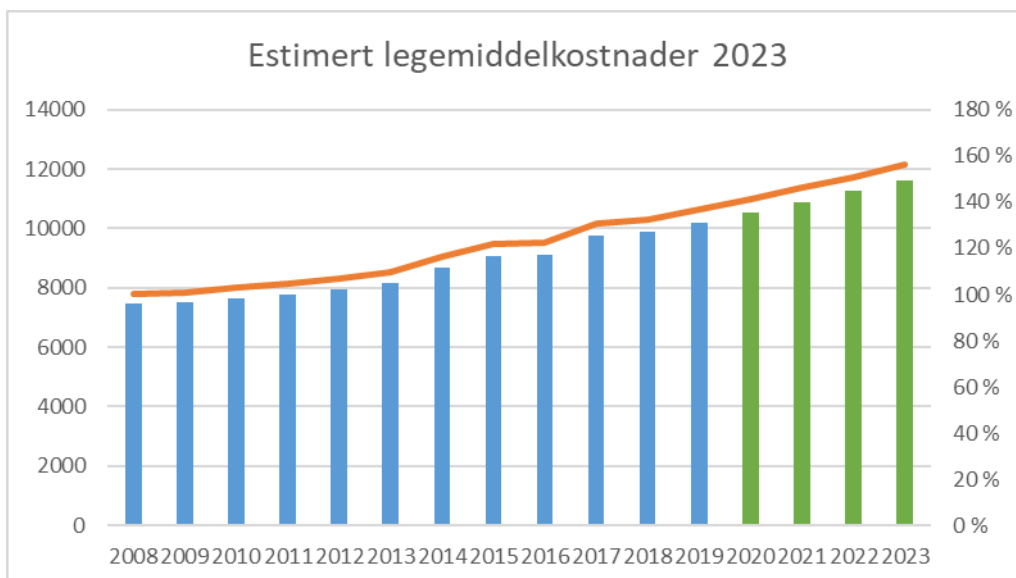
#### Andre innspill til statsbudsjettet for 2023

- Finansiering av legemiddelområdet
- Økte kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler
- Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
- Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»
- Renteberegningsregimet ved langsiktige lån

#### 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 % fra 2008 til 2019, og fra 2015 til 2019 var realveksten på 32 %. Fra 2015 har det vært en gjennomsnittlig årlig økning på 3,3 prosent som, i figur 4, legges til grunn for en forventet årlig økning fram til 2023.



Figur 4 Estimert legemiddelkostnader framskrevet til 2023.

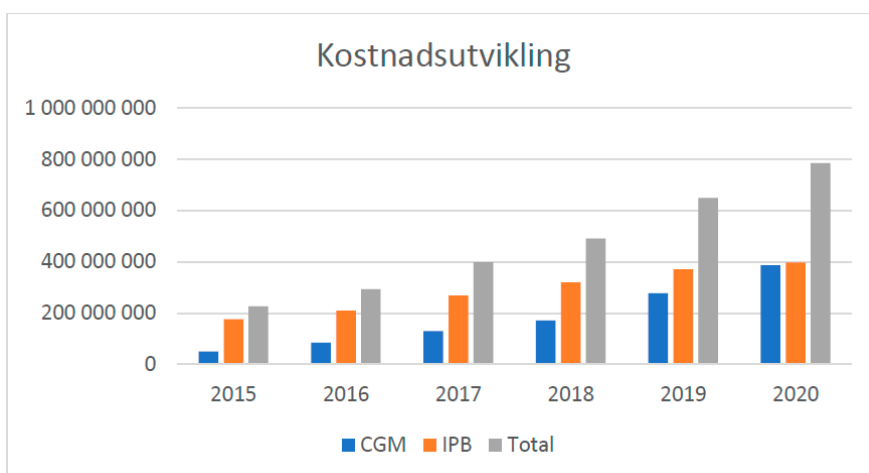
Gitt forutsetningene beskrevet over vil den årlige kostnadsveksten på 3,3 prosent utgjøre i underkant av 380 millioner kroner fra 2022 til 2023.

Den fremtidige kostnadsutviklingen er usikker, men må kunne forventes å fortsatt stige. De regionale helseforetakene ser det som nødvendig at det etableres en ordning som gir forutsigbarhet og kostnadskompensasjon når kostnadene til legemidler er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

#### Økte kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler

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

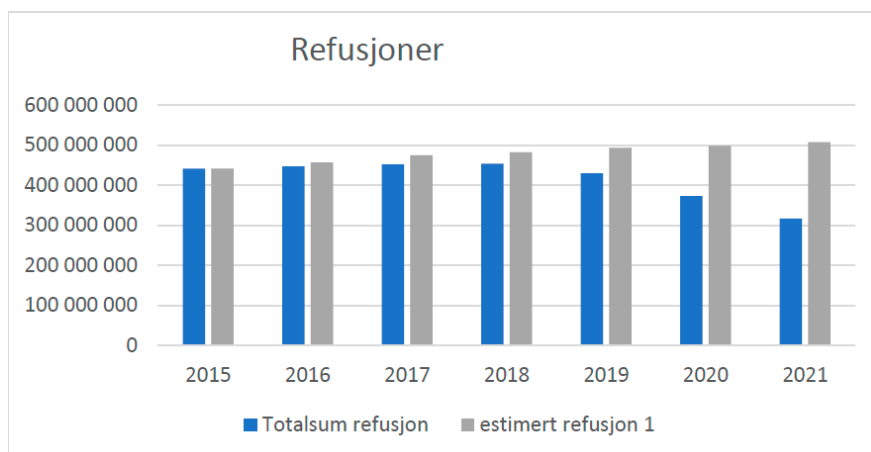
Utviklingen på utstysfronten har vært stor, og nå behandles en betydelig andel diabetes 1-pasienter med IPM (insulinpumpebehandling) og CGM (kontinuerlig glukosemåling) for å monitorere blodsukker. Innføring av CGM har påført helseforetakene økende kostnader, spesielt etter oppstart av ny nasjonal avtale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



Figur 5 Utgifter til CGM og IPM. 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 refusjon 2015 ganger pasientallet de kommende år, altså som om ikke CGM var et alternativ. Tall for 2021 er estimert basert på utviklingen de siste årene og har stor usikkerhet.

Det er en betydelig kostnadsøkning hos helseforetakene som følge av overgang fra fingerstikking til CGM, samtidig som vi 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.

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

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

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover ha behov for aktivitetsvekst som følge av den demografiske utviklingen. Flere mennesker vil 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.

Det vil kreve investeringer i utstyr, personell, teknologi og annen infrastruktur for å håndtere en slik vekst. De årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gis på basis av forventet aktivitetsvekst, og det forutsettes at veksten lar seg gjennomføre innenfor 80 prosent marginalkostnad. I tillegg belastes sektoren med et trekk for effektivisering og avbyråkratisering, samt at det tilføres nye oppgaver uten finansiering. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak. Nasjonal helse- og sykehusplan og de regionale utviklingsplanene har tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling, som på kort sikt vil kreve investeringer før gevinstene kan realiseres.

I et langsiktig perspektiv er det nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige aktivitetsvekstbehovet, og at det må være handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. De økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det må legges til rette for handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr.

## Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere. Fagenheten har ansvaret for at alle dømte utredes i enhetens døgnavdeling på Brøset før de føres tilbake til hjemkommunen for gjennomføring av særreaksjonen. Sentral Fagenhet har det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for de kommunale tiltakene som etableres.

Driften av Fagenhet for tvungen omsorg var t.o.m. 2019 fullfinansiert over statsbudsjettet kap. 734 post 71. F.o.m. 2020 ble det innført 20 prosent egenandel for de regionale helseforetakene, ref. omtale i Prop 1 S (2019-2020) side 118:

«Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Driften finansieres i dag over kap. 734, post 71, og stilles til disposisjon til Helse Midt-Norge RHF. Det foreslås å innføre en egenandel på 20 pst. for de regionale helseforetakene for å stimulere til økt kostnadskontroll. Systemomleggingen fullfinansieres tilsvarende anslag utgifter 2020 og 22,5 mill. kroner overføres til de fire regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Øvrige utgifter til ordningen finansieres fortsatt over kap. 734, post 71 og utbetales til Helse Midt-Norge RHF som fortsatt skal ha det økonomiske og faglige ansvaret for ordningen. Helse Midt-Norge RHF skal årlig fakturere de regionale helseforetakene for 20 pst. av utgiftene til pasienter basert på bostedsregion»

Kostnadene ved ordningen «Dom til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede» økte fra 79,4 millioner kroner i 2012 til 119,5 millioner kroner i 2019, og innføring av egenandel for RHF-ene ble begrunnet i å skulle stimulere til kostnadskontroll. Etter 2019 har kostnadene økt ytterligere, forventede kostnader for 2021 er 233 millioner kroner. Dette innebærer at RHF-enes kostnader i 2021 vil bli over det dobbelte av det beløp som ble overført til RHF-enes basisrammer i 2020.

Ved dom til tvungen omsorg gjennomføres den første fasen ved Fagenhetens sentrale sengepost på Brøset, men den lengste, og mest kostbare delen av dommen, gjennomføres i den domfeltes hjemkommune. Kostnadsveksten har direkte sammenheng med at det er flere dømte i kommunale tiltak. Ved utgangen av 2019 var det 12 dømte i etablerte tiltak, mens dette er økt til 18 per juni 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 siste år kan i stor grad knyttes til endringer i lovverket. Grensen for strafferettslig skylddevne 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 var derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll.

Det bes om at ordningen med 20 pst egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

## 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. Helseforetakene eies av den norske stat ved Helse- og omsorgsdepartementet, og eier hefter ubegrenset for foretakenes forpliktelser. Lån til helseforetak har dermed ingen kredittrisiko. Helseforetakene ville oppnådd betydelig bedre rentebetingelser hvis man selv lånte penger i markedet.

Det ville bidra til bærekraft og være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko dersom en fikk et regime som lå nærmere opp mot rentenivået som gjelder prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. Det nye renteregimet ble ikke gjort provenynøytralt. De årlige rentekostnadene vil bli flere hundre millioner kroner høyere for helseforetakene når nye prosjekter blir finansiert utover på 2020-tallet. Endringen i renteregimet vil også slå svært ulikt ut for helseforetakene og helseregionene, i og med at man er i ulike faser i forhold til de store byggeprosjektene. Med det etablerte prioriteringsregimet for investeringer i spesialisthelsetjenesten og helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer, vurderes renter som et u hensiktsmessig virkemiddel for rasjonering av investeringsprosjekter.

## Oppsummering

Dette notatet gjennomgår behovet for aktivitetsvekst fra 2022 til 2023:

- For somatiske spesialisthelsetjenester er det beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2022 til 2023 på 2,1 prosent.
- For psykisk helsevern og TSB er det behov for å styrke basistjenestene og en særskilt styrking av tilbudet for de med alvorlige psykiske lidelse. Det jobbes med tiltak og beregning av de økonomiske konsekvensene i arbeidet med utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner som vil foreligge våren 2022. På bakgrunn av lavere alder i pasientgruppen som helhet, tilsier den demografiske utviklingen kun 0,3% behovsvekst. Det er imidlertid ønskelig med en fortsatt prioritering av psykiske helse og rus blant annet for å ivareta økt behov som følge av pandemien. De regionale helseforetakene anbefaler derfor at det planlegges med en aktivitetsvekst på 1,2 prosent.

Utover behov for aktivitetsvekst spiller de regionale helseforetakene inn følgende forhold til statsbudsjettet 2023:

### Legemiddelkostnader

Det er estimert en vekst i legemiddelkostnadene på 3,3 prosent utover prisstigning, noe som utgjør i underkant av 380 millioner inkl. mva. Veksten i legemiddelkostnadene har de senere år vært høyere enn ordinær deflatorjustering.

Den fremtidige kostnadsutviklingen er usikker, men må kunne forventes å fortsatt stige. De regionale helseforetakene ser det som nødvendig at det etableres en ordning som gir forutsigbarhet og kostnadskompensasjon når kostnadene til legemidler er høyere enn estimert aktivitetsvekst.

### Økte kostnader vedrørende finansiering av behandlingshjelpemidler

Det er en betydelig kostnadsøkning hos Helseforetakene som følge av overgang fra fingerstikking til CGM samtidig som vi 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.

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

### Marginalkostnader

De økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det må sikres handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr. Dette kan på sikt ikke realiseres under dagens bevilgningsregime, hvor det forutsettes at behovsveksten kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. Behovsveksten må reflekteres fullt ut i bevilgningene.

### Egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»

Utviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor de regionale helseforetakenes sin kontroll. Innføringen av egenandel var derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll.

Det bes om at ordningen med 20 pst egenandel for de regionale helseforetak reverseres.

### 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 nye regimet vil bidra til betydelige mer kostnader og slå ulikt ut for de enkelte helseforetak.

## Vedlegg: Metode

Tallgrunnlaget som er benyttet i dette notatet er data fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2016-2019. Framskrivninger er basert på SSBs hovedalternativ for befolkningsvekst i Norge av 2020 med 2019-rater for ett-årig aldersgrupper, kjønn og kommune. Effekt av demografi er beregnet med framskrevet rate av DRG-poeng 2019.

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 siste 4 år) \*snitt DRG-poeng per kontakt 2019 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.<sup>1</sup> og vektning er hentet fra Moore et al.<sup>4</sup>. Se tabell under for utdypende informasjon.

Sykdomsgrupper i Elixhauser komorbiditetsindeks med vektning	
Sykdomsgruppe	AHRQ
Kongestiv hjertesvikt	9
Hjertearrytmier	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

<sup>1</sup> Quan, H. et al., Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data (2005). Medical care, 43

<sup>2</sup> <https://cran.r-project.org/web/packages/comorbidity/vignettes/comorbiditiescores.html>

## Vedlegg 2

### **INNSPILL TIL STATSBUDEJETTET FOR 2023 – Eget innspill fra Helse Nord**

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

I Direktørmøte 7.oktober 2021 la administrasjonen frem forslag til aktuelle tema for innspill til statsbudsjettet for 2023.

Administrerende direktør velger å beholde ett foreslått tema som forslag til styret i Helse Nord RHF som regionens innspill til statsbudsjett for 2023. Denne følger av punktet nedenfor.

#### **1) ALIS-utdanningen i Nord-Norge – øke kapasiteten**

Nord-Norge har gjennom alle tider hatt størst gjennomtrekk av leger; de kommer ofte unge rett til utdannelsesstedet og en stor andel av legene forlater landsdelen etter få års tjeneste. Dette innebærer at det er en kontinuerlig eksport av leger fra nord til sør i landet, der den første praktiske opplæringen har skjedd i nord, men den konsekvens at øvrige deler av landet kan «høste fruktene» av den erfaring og kompetanse som allerede er ervervet gjennom tjeneste i nord. Derfor trenger Nord-Norge flere utdanningsstillinger for å opprettholde det nødvendige antall leger. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten.

I Helse Nord RHF's rapport <sup>1</sup>fra september 2019 ble det fremmet 34 tiltak i 8 grupper for å styrke fastlegetjenesten i Nord-Norge. Den viktigste gruppen av tiltak er rettet mot utdanning og rekruttering av fastleger, med vekt på å tilpasse dimensjonering av det nødvendige antall utdanningsstillinger, fra LIS 1 til ALIS via ALIS kommune og ALIS sykehus. Det er gjennom en slik, tilpasset rekrutterings-logistikk at det blir mulig å skape flyt og kontinuitet i utdanningsløpet for allmennleger.

Helse Nord RHF har allerede over 21 prosent av alle LIS1-stillinger i landet; det er foreløpig på grensen til vår kapasitet. Gjennom ALIS-Nord prosjektet er det etablert 32 ALIS-stillinger i kommunene, og vi forventer at flere blir etablert de nærmeste år.

Den mest kritiske flaskehalsen for gjennomføring av utdanningsløpet for allmennleger i nord knytter seg nå til sykehustjenesten. Som følge av den økte andelen faste LIS2-stillinger i sykehus, er konkurransen om disse stillingene betydelig skjerpet, noe som gjør det vanskeligere for allmennleger å få tilgang til nødvendig sykehustjeneste for å bli spesialist i allmennmedisin.

Helse Nord RHF mener det er behov for å øke kapasiteten med 20-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i sykehus de nærmeste 2 årene, og ber om særskilt bevilgning på 15 mill. kr. i 2023 og 2024 for å øke kapasiteten på ALIS-utdanningen i Nord-Norge.

Historikk viser at ca. 50% av disse vil bli værende i Nord-Norge, og resten vil tilflytte andre regioner etter endt utdanning.

---

<sup>1</sup> <https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>