



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 59

(2001-2002)

Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002

*Tilråding fra Helsedepartementet av 3. mai 2002,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Innledning

Regjeringen fremmer i denne proposisjonen forslag om 1 775 mill. kroner mer til drift og investeringer i helseforetakene i 2002. Dette innebærer at nivået på pasientbehandlingen i helseforetakene i 2001 kan videreføres og økes i 2002. Gjennom en vesentlig styrking av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene legges det også et grunnlag for å opprettholde og videreutvikle pasientbehandling som ikke omfattes av ordningen med innsatsstyrt finansiering, bl.a. behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Veksten i pasientbehandlingen vil med dette opplegget bli over 5 pst. fra 2000 til 2002.

Avregningsoppgjøret med fylkeskommunene for pasientbehandling og investeringer i sykehusutstyr for 2001 innebærer at det må bevilges vel 300 mill. kroner, som kommer i tillegg til den foreslåtte styrkingen på 1 775 mill. kroner. Av dette gjelder 50 mill. kroner innsatsstyrt finansiering, som foreslås bevilget i denne proposisjonen. Resterende beløp, som skyldes en forsert gjennomføring av utstyrplanen, vil bli foreslått bevilget i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og foretaksorganisering av virksomhetene fra 1. januar 2002 innebærer en betydelig omstilling. Omleggingen gir potensiale for mer koordinert bruk av de offentlige ressursene inn mot prioriterte helsepolitiske mål, både nasjonalt og regionalt. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene er i gang med planer og tiltak for å utnytte potensialet i den nye organisasjonsmodellen.

Som varslet i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002), innebærer en så stor omlegging usikkerhet både mht. driftsøkonomi og investeringsrammer for helseforetakene. Det ble i proposisjonen derfor framhevet følgende:

«Det knytter seg i tillegg usikkerhet til det samlede nivået på driftskostnadene for spesialisthelsetjenesten ved inngangen til 2002, og om utviklingen i forbruket av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene neste år. Regjeringen vil derfor i revidert nasjonalbudsjett for 2002 komme tilbake til helheten i sykehusbevilgningene etter en viss erfaring med og vurdering av ny struktur. I denne sammenheng vil også investeringsrammen bli vurdert på nytt.»

Gjennomgangen har vist at foretakene gikk inn i 2002 med en betydelig økonomisk ubalanse, som bl.a. skyldes høyere aktivitets- og kostnadsvekst i 2001 enn tidligere forutsatt. Ubalansen forsterkes i noen grad som følge av at foretakene i tillegg står ovenfor omstillingskostnader i 2002. For å videreføre det høye nivået på pasientbehandlingen i 2001 og til å øke aktiviteten ytterligere, foreslås det tilleggsbevilget 1 475 mill. kroner til drift. Gjennomgangen har også vist at investeringsrammen for 2002 er for stram. Regjeringen foreslår derfor 300 mill. kroner ekstra til investeringer samt en adgang for de regionale helseforetakene til å ta opp lån til investeringer innenfor en ramme på 1 mrd. kroner.

Den økonomiske ubalansen kan ikke løses med tilleggsbevilgninger alene. Derfor legges det i denne proposisjonen også til grunn at helseforetakene må gjennomføre betydelige kostnadsreducerende tiltak. Med utgangspunkt i det høye kostnadsnivået og det store anslåtte driftsunderskuddet i hel-

seforetakene i år, er det usikkert hvor raskt det er mulig å gjenopprette balanse i driften. Helsedepartementet forutsetter at det uansett oppnås økonomisk balanse i helseforetakenes drift i 2003.

Regjeringen vil komme tilbake med forslag til hvordan foreslåtte tilleggsbevilgninger kan innpasses innenfor et forsvarlig budsjettopplegg i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

Denne proposisjonen begrenses til forhold som er knyttet til foretakenes drifts- og investeringssituasjon. Når det gjelder de ulike temaer som angår relasjonen til fylkeskommunene i forbindelse med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, vises det til revidert nasjonalbudsjett for 2002 og kommuneproposisjonen som vil bli lagt fram av Kommunal- og regionaldepartementet.

2 Bevilgninger til drift av helseforetakene i 2002

2.1 Sentrale forutsetninger for drift av helseforetakene

Kostnadseffektiv drift er en grunnleggende forutsetning for aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. Det er et betydelig effektiviseringspotensiale i denne virksomheten.

I 2001 økte pasientbehandlingen i sykehusene med vel 41/2 pst., som er en vesentlig vekst på ett år. Driftskostnadene økte betydelig mer enn aktivitetsveksten skulle tilsi. Dette bidro til et stort driftsunderskudd i sykehussektoren. For innværende år er det forutsatt at helseforetakene skal gå i økonomisk balanse (ekskl. avskrivninger).

Med utgangspunkt i opplysninger fra de regionale helseforetakene kan foretakenes samlede driftsunderskudd (ekskl. avskrivninger) anslås til om lag 2,6 mrd. kroner i 2002 før igangsatte budsjetttiltak. Dette skyldes blant annet at de går inn i 2002 med et kostnadsnivå som ikke er tilpasset aktiviteten, og at de står overfor omstillingskostnader knyttet til omorganiseringen.

Enhetskostnadene i helseforetakene må reduseres vesentlig gjennom effektivisering. For å gjenopprette økonomisk balanse i sykehussektoren, må det fastsettes planer for kostnadskontroll og effektivisering av driften.

I utgangspunktet må det stilles krav om at helseforetakene må tilpasse kostnadene til inntektsrammen slik at det oppnås balanse i driften. Eventuelle driftsunderskudd må dekkes over driften i påfølgende år på samme måte som eventuelle overskudd kan overføres til drift i senere år.

Med utgangspunkt i det høye kostnadsnivået og det store anslåtte driftsunderskuddet i helseforetakene i år, er det usikkert hvor raskt det er mulig å gjenopprette balanse i driften. Helsedepartementet forutsetter at det uansett oppnås økonomisk balanse i helseforetakenes drift i 2003. Som følge av at det kan ta noe tid før kostnads- og effektiviseringstiltakene bidrar til bedring i foretakenes driftsresultat, må man legge til grunn at det vil kunne oppstå driftsunderskudd i 2002. Slike underskudd forutsettes dekket inn over driften i årene etter 2003.

2.2 Endrede forutsetninger i forhold til budsjettoplegget for 2002

Stortinget vedtok de samlede statlige overføringene til de regionale helseforetakene ved behandlingen av St. prp. nr. 1 (2001-2002) og St. prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002). Gjennom uttrekk fra fylkeskommunene og vedtatte bevilgninger for 2002, ble det lagt til grunn fullfinansiering av aktiviteten i helseforetakene inklusive en aktivitetsvekst på om lag 11/2 pst. fra 2001 til 2002. Faktisk aktivitetsvekst i 2001 var på dette tidspunktet ikke kjent, men ble anslått til 2 pst. fra 2000 til 2001.

Gjennomgangen av det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene indikerer enkelte større avvik fra de forutsetningene som opprinnelig ble lagt til grunn. Departementet konstaterer at det både har vært en sterkere

utgiftsvekst i fylkeskommunene i 2001 enn forutsatt i budsjettet for 2002, og en høyere aktivitetsvekst. Nedenfor kommenteres dette nærmere.

Meraktivitet i 2001

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering ble det i budsjettopplegget for 2002 fra Stoltenbergregjeringen lagt til grunn en samlet aktivitetsvekst på 31/2 pst. fra 2000 til 2002, fordelt med 2 pst. fra 2000 til 2001 og 11/2 pst. fra 2001 til 2002. Gjennomgangen av aktivitetstallene for 2001 i forbindelse med endelig avregningsoppgjør for i fjor, viser at aktivitetsveksten fra 2000 til 2001 ble vel 41/2 pst. Dette er vesentlig høyere enn forutsatt i statsbudsjettet for 2002, men om lag som lagt til grunn i St. prp. nr. 22 (2001-2002) Om endringer under enkelte kapitler på statsbudsjettet for 2001 under Sosial- og helsedepartementet. Poliklinisk aktivitet økte med ca. 71/2 pst. fra 2000 til 2001, som er ca. 11/2 prosentenheter over budsjettforutsetningen for 2002.

Opprettholdelse av gjennomsnittlig aktivitetsnivå for 2001 i 2002 er isolert sett anslått å ville kreve en samlet tilleggsbevilgning på ca. 430 mill. kroner fordelt på kap.732 postene 71-75 Regionale helseforetak, 190 mill. kroner, kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering, 190 mill. kroner og kap. 730 post 71 Refusjon for poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., 50 mill. kroner.

Høyere generell pris- og kostnadsvekst inklusive pensjonspremier

Den generelle pris- og kostnadsveksten gjennom 2001 ble høyere enn tidligere forutsatt. Dette skyldes forhold som sykehusene i liten grad har kunnet påvirke. En betydelig kostnadskomponent er økte pensjonspremier som for en stor del trolig vil videreføres. For foretakene, som i 2002 vil følge regnskapslovens bestemmelser, vil det ikke være samsvar mellom premieinnbetalinger og den pensjonskostnad som skal føres i driftsregnskapet. Pensjonskostnaden for 2002 vil forenklet sagt være nettoendringen i pensjonsforpliktelsen i perioden. Den faktiske premiebetalingen vil kunne avvike fra dette.

Premieinnbetalingen i 2002 vil i tillegg avhenge av bl.a. profilen på lønnsoppgjøret, forskjellen mellom datolønnsvekst (prosentvis økning av lønnen fra den datoen tillegget gis) og årslønnsvekst og avkastning i forsikringsselskapene.

Det vil derfor både være usikkerhet knyttet til hva pensjonskostnaden i 2002 blir og hva som vil bli faktisk premieinnbetaling til selskapene. Dersom den faktiske premieinnbetalingen blir høyere enn pensjonskostnaden vil dette ha en likviditetsmessig effekt for foretakene, jf. avsnitt 2.3.

Omstillingskostnader - andre forhold

De regionale helseforetakene har i tillegg til økt aktivitets- og kostnadsvekst pekt på omstillingskostnader, engangskostnader og helårsvirkninger av vedtak fattet i 2001 som årsaker til underskuddet på 2,6 mrd. kroner.

Regjeringen foreslår i denne proposisjonen å gi en tilleggsbevilgning på 1,3 mrd. kroner til delvis dekning av ovenstående forhold. Resterende del av det forventede underskuddet forutsettes dekket gjennom effektiviserings- og kostnadsreducerende tiltak i helseforetakene.

Bedre utnyttelse av ressursene har vært et viktig formål med reformen slik det også er uttrykt i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001):

«Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i fremtiden. Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen.»

Det er en viktig side ved opplegget i denne proposisjonen å følge opp intensjonene om bedre ressursutnyttelse.

2.3 Likviditet i 2002

Usikkerhet knyttet til lønnsoppgjøret, nivået på pensjonspremiene og forhold knyttet til finansiering av eventuelle underskudd, gjør at det kan bli en stram likviditetsmessig situasjon for helseforetakene i 2002.

Departementet ber derfor om en fullmakt fra Stortinget til å øke rammen for driftskreditt med inntil 1 mrd. kroner i tillegg til rammen på 1 mrd. kroner som allerede er gitt gjennom behandlingen av St. prp. nr. 1 (2001-2002). De regionale helseforetakene gis ikke anledning til å bruke av denne rammen uten forutgående godkjenning av Helsedepartementet. Det vil bli foretatt fortløpende analyser av likviditeten utover året for å vurdere behovet.

2.4 Oppsummert forslag til tilleggsbevilgning for å videreføre aktiviteten i 2001

Det foreslås tilleggsbevilget til sammen 1,3 mrd. kroner for å dekke økte kostnader knyttet til å videreføre aktiviteten fra 2001 til 2002.

Det gjøres i tillegg korreksjoner mellom basisrammen til de regionale helseforetakene på kap. 732 postene 71-75 og innsatsstyrt finansiering kap. 730 post 70 som følge av ny informasjon om økning i DRG-indeksen og den økonomiske effekten av å bruke gamle kostnadsvekter for hjertekirurgi. Det gjøres også mindre korreksjoner mellom innsatsstyrt finansiering og basisbevilgning som følge av forslag om å innføre ISF-refusjon for cellegiftbehandling ved sykestuer der dette er desentralisert sykehusbehandling, og utvidelse av forsøksordning for finansiering av satellittdialyse, jf. avsnitt 2.9.

Tabell 2.1 oppsummerer foreslåtte tilleggsbevilgninger for å videreføre aktiviteten fra 2001 til 2002, fordelt på kap. 732 postene 71-75 Tilskudd til regionale helseforetak, kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering og kap. 730 post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet.

Tabell 2.1:

| | Mill. kroner |
|--|--------------|
| Kap. 732 postene 71-75 Tilskudd til regionale helseforetak | 1 025 |
| Kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus | 225 |

Tabell 2.1:

| | |
|---|-------|
| Kap. 730 post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v. | 50 |
| Sum | 1 300 |

Det foreslås i tillegg bevilget 50 mill. kroner som gjelder avregning for fylkeskommunene i 2001 på kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus m.v.

2.5 Behov for økt behandlingsaktivitet

Det er et klart siktemål med sykehusreformen å redusere ventetider for nødvendig behandling. Den høye aktiviteten for planlagt behandling i 2001 har medført reduserte ventelister praktisk talt innen alle somatiske fagområder det siste året. Det er et mål å videreføre denne positive utviklingen, og regjeringen fremmer derfor forslag om å øke aktiviteten ytterligere noe i 2002 fra det høye nivået i 2001.

De regionale helseforetakene må foreta en betydelig effektivisering av virksomheten i 2002. Dette sammen med usikkerheten knyttet til kostnadene ved en ytterligere økning i behandlingsaktiviteten, gjør at det i denne proposisjonen legges til grunn en moderat aktivitetsvekst på 1/2 pst. fra gjennomsnittlig nivå i 2001 til 2002. Med dette forslaget vil aktiviteten i sykehusene øke med over 5 pst. fra 2000 til 2002.

Dette innebærer isolert sett et behov for tilleggsbevilgning med 175 mill. kroner, fordelt med 70 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering, 85 mill. kroner i økt basisbevilgning og 20 mill. kroner til økt poliklinisk virksomhet.

I tilknytning til revidert nasjonalbudsjett vil det bli foreslått å videreføre pasientbroen innenfor en samlet ramme på 480 mill. kroner. Det innebærer at overført beløp på ca. 605 mill. kroner foreslås redusert med 125 mill. kroner som går til delvis finansiering av meraktivitet innenlands. Det legges da til grunn at ca. 4300 pasienter vil kunne få behandling gjennom pasientbroen i 2002, mens tallet i 2001 var ca. 4000.

Når det gjelder psykisk helsevern er det behov for en vesentlig økning i behandlingsskapasiteten for å møte de samlede behov for tjenester ikke minst for barn og unge. Per i dag antas det å være et stort underforbruk i forhold til faktisk behov i befolkningen. De aktuelle virkemidlene innen psykisk helsevern er først og fremst knyttet til å videreføre opptrappingsplanens virkemidler for å øke kapasiteten og bedre strukturen i tjenestetilbudene, jf. avsnitt 2.7.

Den foreslåtte styrkingen i denne proposisjonen av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene vil legge til rette for at de regionale helseforetakene kan gjennomføre opptrappingsplanen som forutsatt i 2002. Samtidig vil det i tilknytning til Revidert nasjonalbudsjett bli fremmet forslag om å øke tilsagnsrammen for omsorgsboliger i kommunene innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse med 460 boenheter til 900 i 2002. Dette vil gjøre kommunene bedre rustet til å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter med større tilretteleggingsbehov. Mangel på slike boliger er i dag en flaskehals i arbeidet med å omstrukturere spesialisthelsetjenesten, da plasser som i dag brukes til boligformål ikke kan bli omgjort til aktive behandlingsplasser.

2.6 Fordeling av foreslått tilleggsbevilgning til drift av helseforetakene

Gjennomgang av de regionale helseforetakenes budsjetter viser at de underliggende problemstillingene gjennomgående er de samme for alle foretakene.

Enkelte regionale helseforetak har imidlertid stått overfor større omstillingskostnader enn andre som følge av at fylkeskommunene har hatt svært uensartede administrative støttesystemer og ulik infrastruktur.

Det er ved vurderingen av fordelingen lagt vekt på at en størst mulig andel av tilleggsbevilgningen skal fordeles etter samme prinsipp som i saldert budsjett for 2002. Utrekket fra fylkeskommunenes rammer ble der basert på utgiftsnivået i spesialisthelsetjenesten i 2000, og basisbevilgningen til de regionale helseforetakene ble fordelt med utgangspunkt i samme prinsipp. Av forslag til samlet styrking av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 1 110 mill. kroner (1 025 mill. kroner + 85 mill. kroner), foreslås det å fordele 940 mill. kroner i tråd med dette prinsippet. Resterende del av tilleggsbevilgning på 170 mill. kroner foreslås fordelt skjønsmessig bl.a. for å ivareta ulikheter de regionale helseforetakene imellom med hensyn til omstillingsutfordringer (jf. ovenfor).

Tabell 2.2 viser hvordan Helsedepartementet ønsker å fordele den foreslåtte styrkingen av basisbevilgningen på de 5 regionale helseforetakene.

Tabell 2.2:

| Styrking av budsjett 2002 | | | | | | 1000 kroner | |
|---|-----------|-----------|------------|------------------|------------|-------------|--|
| | Helse Øst | Helse Sør | Helse Vest | Helse Midt-Norge | Helse Nord | Sum | |
| Kap. 732 postene 71-75 Tilskudd til regionale helseforetak | 334 598 | 237 407 | 192 762 | 134 150 | 126 127 | 1 025 044 | |
| Kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus | | | | | | 224 956 | |
| Kap. 730 post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v. | | | | | | 50 000 | |
| Sum videreføring av aktivitet | | | | | | 1 300 000 | |
| Kap. 732 postene 71-75 Tilskudd til regionale helseforetak | 30 242 | 17 241 | 15 611 | 11 762 | 10 144 | 85 000 | |
| Kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus | | | | | | 70 000 | |
| Kap 730 post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v. | | | | | | 20 000 | |
| Sum økt aktivitet 1/2 pst. | | | | | | 175 000 | |

2.7 Psykisk helsevern under regionale helseforetak

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 innebærer en helhetlig styrking av det psykiske helsetilbudet. For spesialisthelsetjenestens del er det vedtatt en økning tilsvarende ca 2,1 mrd. kroner (i 1998-kroner) i økte driftsutgifter i løpet av planperioden.

Ca. 80 pst. av driftsutgiftene til psykisk helsevern finansieres fra helseforetakenes basisbevilgning og 20 pst. med øremerkede tilskudd for å realisere vekst og styrking i tråd med opptrappingsplanen. De øremerkede tilskuddene skal komme i tillegg til helseforetakenes egenfinansiering av psykisk helsevern.

Helsedepartementet har foretatt en gjennomgang med de regionale helseforetakene om budsjettplanleggingen i 2002 innen psykisk helsevern. Gjennomgangen for denne satsningen har vist ulik praktisering og håndtering av budsjettsituasjonen. Også en del psykiske helseinstitusjoner har hatt en ikke planlagt kostnadsvekst i 2001 som foretakene må håndtere i 2002.

Gjennomgangen viser imidlertid at samtlige regionale helseforetak holder aktivitetsnivået fra 2001, og de øremerkede tilskuddene kommer i tillegg for å realisere ny aktivitet i tråd med opptrappingsplanen. Det framkommer likevel at de fleste regionale helseforetak har lagt inn en effektiviseringsforutsetning på om lag 2 pst. som også gjelder psykiske helseinstitusjoner.

Etter departementets vurdering er det svært viktig å sikre gjennomføringen av den omstrukturering, effektivisering og betydelige utbygging som ligger i den vedtatte opptrappingsplanen. Det forventes at omstrukturering og effektivisering fortsatt skal skje, og da slik at frigjorte midler benyttes til å gi nye/økte tilbud. Regionene skal sees samlet, dvs. at lokale helseforetak eller fylkesgrenser ikke skal utgjøre begrensninger i denne sammenheng.

Den foreslåtte styrkingen av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene innebærer at opptrappingsplanen skal kunne gjennomføres som forutsatt i 2002.

Kombinasjonen basisbevilgning og øremerkede tilskudd skal benyttes ut i fra følgende forutsetninger:

- De øremerkede tilskudd skal i sin helhet benyttes til formålet
- Øremerkede tilskudd skal komme i tillegg til og ikke erstatte egenfinansieringen av tjenesten
- Økonomiske gevinster ved faglige effektiviseringer skal forbli innenfor sektoren psykisk helsevern. I disse vurderingene må regionen sees som en helhet. I denne sammenheng må det også arbeides med tiltak som bedrer ressursbruken
- Administrative støttefunksjoner effektiviseres og samordnes på lik linje med somatisk sektor

2.8 Plan- og meldingssystem

Det samlede statlige eierskapet av virksomhetene i spesialisthelsetjenesten skal gi grunnlag for bedre nasjonal og regional styring av den offentlige ressursbruken inn mot prioriterte helsepolitiske mål. Helseforetakslovens § 34 angir et helhetlig plansystem som skal gi grunnlag for slik koordinering og styring. De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding som skal inneholde rapport fra tidligere år og plan for kommende år. Dette vil inngå i grunnlaget for nasjonal planlegging av spesialisthelsetjenesten.

Helsedepartementet har i vedtektene trukket opp rammer og retningslinjer for slike planer fra de regionale helseforetakene. Meldingen fra de regionale helseforetakene skal inneholde rapportering fra tidligere år, og vise hva

som vil bli hovedtrekkene i virksomhetenes framtidige drift innenfor de foreliggende rammebetingelsene.

Plandokumentet skal videre beskrive forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og vise behovet for utvikling og endring av tjenesten og driften. Helsedepartementet legger opp til at dette skal inngå i arbeidet med det enkelte års statsbudsjett, slik at materialet inngår i planpremissene for det enkelte års budsjettforslag. Stortingets budsjettvedtak med premisser vil gi grunnlaget for den eierstyring som departementet vil utøve overfor de regionale helseforetakene.

2.9 Særskilte forhold knyttet til driftsbudsjettet for 2002

I dette avsnittet omtales noen enkeltsaker som vil legge føringer på disponeringen av den foreslåtte styrkingen av driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene med til sammen 1 475 mill. kroner.

Fjerning av kryptaket

Gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) mottar de regionale helseforetakene betaling for hver pasient som behandles. I tillegg foretas det utbetaling avhengig av hvor ressurskrevende pasientene er målt med DRG-indeksen. Tidligere ble denne utbetalingen begrenset opp til et visst tak (kryptak). Kryptaket ble innført for å sikre at det kun ble refundert for faktisk økning i aktiviteten. Uten et slikt kryptak kunne en ellers risikere at sykehusene ville få bedre betalt kun ved å registrere mer fullstendig den samme aktiviteten som før.

Stortinget sluttet seg i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002) til forslaget i St. prp. nr. 1 (2001-2002) om å fjerne ordningen med kryptak. I denne sammenheng ble det anslått at DRG-indeksen ville overskride kryptaket ved utgangen av 2001 svarende til 365 mill. kroner. Ved fjerning av kryptaket i 2002 ble det lagt til grunn at dette ville medføre økte utbetalinger gjennom ISF-ordningen med samme beløp (365 mill. kroner). I og med at dette ikke ville ha sitt motstykke i tilsvarende økt aktivitet, ble det vedtatt å redusere basisbevilgningen tilsvarende. Det ble samtidig varslet at dette beløpet ville bli etterregnet når endelige tall for 2001 foreligger.

Endelige tall for 2001 viser et akkumulert DRG-kryp (avkortning som følge av at fylkeskommunene overstiger krypgrensen) på 311 mill. kroner i 2001, som er 54 mill. kroner lavere enn tidligere anslått. Det foreslås derfor at ISF-bevilgningen for 2002 nedjusteres tilsvarende samtidig som basisbevilgningene til de regionale helseforetakene for 2002 oppjusteres med 54 mill. kroner.

Nye kostnadsvekter i 2002 - effekter for hjertekirurgien

I 2002 tas det i bruk et nytt refusjonsgrunnlag basert på analyser av kostnads- og aktivitetsdata ved 17 av landets sykehus i 2000. De forskningsbaserte analysene er gjennomført av SINTEF Unimed på vegne av departementet. Det nye refusjonsgrunnlaget vil ha som effekt at ISF-ordningen i større grad vil gjenspeile de faktiske kostnadene ved pasientbehandlingen og er i dag det beste anslag vi har på kostnadene ved ulike behandlingsformer. Denne juste-

ringen er en direkte oppfølging av det som tidligere er varslet Stortinget i St. prp. nr. 1 (2001-2002) fra Sosial- og helsedepartementet.

Noen av DRG-ene som representerer de store hjerteoperasjonene har etter denne gjennomgangen fått en betydelig reduksjon i kostnadsvekter. Dette er pasientbehandling med store volum som i betydelig grad gjøres på spesialiserte sykehus. Dette får derfor direkte innvirkning på inntektsgrunnlaget til Feiringklinikken og Hjertesenteret i Oslo som fullt ut er stykkprisfinansiert basert på DRG-refusjonene til de regionale helseforetakene samt en forholdsmessig medfinansiering fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

En arbeidsgruppe bestående av Helsedepartementet, Helse Øst RHF, Helse Sør RHF, Feiringklinikken og Hjertesenteret har sammen gjennomgått denne problemstillingen, og partene har belyst situasjonen ut fra sine ståsteder.

For å hindre en for stor inntektssvikt for disse institusjonene legger departementet opp til at DRG-vekten for en hjerte-DRG (DRG 107) i 2002 endres tilbake til nivået for 2001. Det anslås at dette gir økte DRG-refusjoner til de regionale helseforetakene med 88 mill. kroner for all hjertebehandling i DRG-en, hvorav bruk av de to hjerteklinikkene utgjør ca. 38 mill. kroner. Helsedepartementet foreslår derfor at anslaget for 2002 økes med et tilsvarende beløp.

Det er anslått at dette vil gi ca. 55 mill. kroner i økte inntekter for de to hjerteklinikkene sammenholdt med det de reviderte kostnadsvektene i 2002 ville gitt dersom medfinansieringen fra de regionale helseforetakene i tillegg blir opprettholdt på samme nivå som i 2001.

De regionale helseforetakene ble informert om systemendringene etter at budsjettprosessen for 2002 var avsluttet. Eventuelle omfordelingseffekter på foretakene forutsettes håndtert gjennom basisbevilgningene. De private hjerteklinikkene har imidlertid ingen slik basisbevilgning eller økte inntekter for annen pasientbehandling. Dette gjør det svært vanskelig for disse å tilpasse seg store endringer i rammebetingelsene på kort varsel. Med det foreslåtte opplegget vil de regionale helseforetakene få økte DRG-refusjoner fra staten som sikrer at medfinansieringen til de to hjerteklinikkene opprettholdes på samme kronebeløp som i 2001. De økte ISF-utbetalingene til de regionale helseforetakene for hjertebehandling er finansiert ved å flytte et tilsvarende beløp fra basisbevilgningene til ISF. Gitt samme aktivitet som før får de regionale helseforetakene således de samme beløpene gjennom ISF-ordningen som de ellers ville fått i økt basisbevilgning.

De foreslåtte endringene vil ikke fullt ut kompensere de to hjerteklinikkene for inntektstapet ved systemomleggingen. Det er imidlertid ikke urimelig å forvente at de to hjerteklinikkene i denne situasjonen vurderer alle sider ved driften, herunder muligheter for effektivisering. Departementet viser i denne forbindelse til at de regionale helseforetakene også står overfor effektiviseringskrav.

Det skal for øvrig vises til at Hjertesenteret har meldt til Helsedepartementet om problemer knyttet til planer om flytting til Revmatismesykehusets lokaler, og finansiering av investeringer knyttet til dette. Helsedepartementet er i dialog med Helse Sør RHF om saken, og saken vil bli gjennomgått i lys av de forslag som presenteres i denne proposisjonen.

Finansiering av cellegiftbehandling og satellittdialyse

Det er et mål å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette både er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter for folketrygden til syketransport. Dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingstilvalg. Dette gjelder bl.a. for cellegiftbehandling og dialyse når dette skjer som et ledd i desentralisert spesialisthelsetjeneste.

En arbeidsgruppe har i denne sammenheng vurdert om ansvaret for syke-transport og skyss av helsepersonell bør overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene og/eller at deler av tjenesten bør overføres til kommunene. Rapporten er nå til behandling i Helsedepartementet. En eventuell overføring av ansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene vil tidligst kunne skje fra 1. januar 2004.

Finansiering av cellegiftbehandling ved sykehus og midlertidig ordning for finansiering av satellittdialyse

I samarbeid med kreftavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) gis det cellegiftbehandling ved Alta helsesenter. UNN er faglig ansvarlig, og legger opp den enkelte pasients behandlingsplan. Behandlingen skjer imidlertid lokalt.

I 2001 ble det gitt 150 lokale cellegiftbehandlinger ved helsesenteret i Alta. Alta helsesenter er en sykestue, og er ikke definert som poliklinikk. Derfor kan heller ikke polikliniske takster benyttes. Dette er en type behandling som ikke kan gis ved ordinære legekontor, og Rikstrygdeverkets blåreseptordning kan derfor heller ikke benyttes. Alta kommune har av den grunn vært nødt til å belaste dette som en kommunal driftskostnad, til tross for at det behandlingmessige tilbudet er å betrakte som en spesialisthelsetjeneste.

Helseforetakene får i dag ikke ISF-refusjon dersom cellegiftbehandlingen skjer desentralisert, som ved Alta helsesenter. Dette svekker helseforetakenes økonomiske motiv for å legge til rette for behandling nær pasientens bosted, så lenge helseforetaket ikke selv må bære kostnadene ved syketransport. Dagens ordning kan derfor påføre folketrygden unødig store utgifter til syketransport, samtidig som transport over lengre strekninger ofte er til stor ulempe for pasientene.

Det foreslås på denne bakgrunn å åpne for DRG-refusjon for cellegiftbehandling ved sykestuer, der dette er en desentralisert sykehusbehandling. Helsedepartementet skal godkjenne etablering av slik behandling. På sikt vil en kunne få innsparinger i utgifter til syketransport dersom det etableres slike tilbud på flere steder.

En endring i finansieringen av tilbudet i Alta vil medføre en merutgift for 2002 på 220 000 kroner (fra 1. juli 2002), gitt dagens pasientvolum ved Alta helsesenter.

Dialyse - midlertidig ordning

Helsedepartementet foreslår å innlemme Alta helsesenter og Ørlandet dialysesetasje i forsøksordningen knyttet til dialysebehandling som i dag kun omfatter Otta legesenter. Landets øvrige satellitt-baserte dialysebehandling er

etablert i andre sykehus, og finansieres således som en ordinær del av sykehusenes virksomhet.

I Norge er det totalt ca. 500 pasienter som behandles med hemodialyse (krever bistand fra helsepersonell). Når hemodialyse gjennomføres ved sykehus genererer dette tre reiser til sykehus per pasient per uke. Dette er dessuten en pasientgruppe som ofte er gamle og syke, og behandlingen gis i påvente av nyretransplantasjon eller som livsoppholdende medisin. Det er derfor en behandling som på mange måter understreker utfordringene knyttet til sentralisering av tjenester og ivaretagelsen av den enkelte pasients verd i møtet med helsetjenesten. Det er derimot få personer som mottar en slik behandling ved en satellitt, og som på en slik måte unngår stor reiseaktivitet.

Virksomheten i Otta, Ørlandet og Alta har totalt sett ca. 1800 dialyser i året. Det lille antallet pasienter gjør at antall dialyseopphold endres merkbart hvis antallet pasienter endres (hver pasient genererer 156 dialyseopphold årlig). Pasientene som gis slikt tilbud, sparer reise til henholdsvis Trondheim, Lillehammer og Tromsø for opphold på sykehus.

Forsøksordningen foreslås finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering og administreres av de respektive regionale helseforetak. Utvidelsen av forsøket foreslås gjennomført fra 1. juli, og vil anslagsvis medføre 1,3 mill. kroner i økte ISF-utbetalinger i 2002. En landsdekkende ordning vil bli foreslått så snart evalueringsresultatene foreligger, gitt at disse er positive.

Nyfødtmedisin

I forbindelse med behandling av St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap, vedtok Stortinget følgende:

«Stortinget ber Regjeringen på egnet måte legge fram en sak med konkrete tiltak for å bedre situasjonen i nyfødtsorgen senest våren 2002» (jf. Budsjett-innst. S. nr 300 (2000-2001), romertallsvedtak nr. VII).

På oppdrag fra Helsedepartementet oppnevnte Helsetilsynet i 2000 et faglig utvalg. Utvalget fikk i mandat å oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon innen fagområdet nyfødtmedisin, samt fremme forslag til organisering av fagområdet og faglige krav. Utvalget la frem sin tilråding for Helsetilsynet i november 2001, og den ble oversendt departementet den 27. desember 2001.

Utredningen anbefalte bl.a. faglige retningslinjer for nyfødtsorgen, styrking av utdanningskapasitet og kompetansen til personale ved nyfødtavdelingene, og tiltak for å bedre samarbeidet på regionalt og nasjonalt nivå.

Utvalget var enig om at nyfødtsorgen i hovedtrekk ikke bør sentraliseres mer enn i dag. Utvalget var likevel delt i synet på behandling av de minste og mest ressurskrevende for tidlig fødte (dvs. før 26 ukers svangerskap). Mens flertallet gikk inn for at disse skal behandles ved regionsykehus, mente mindretallet at de sentralsykehus som i dag gir intensivbehandling for denne gruppe nyfødte bør kunne opprettholde virksomheten.

Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å gjennomgå ovennevnte tilråding med sikte på å gi en anbefaling av hvilke tiltak som bør prioriteres, hvordan disse kan konkretiseres, samt gi anslag på ev. økonomiske konsekvenser.

Departementet vil komme tilbake til saken i forbindelse med statsbudsjettet for 2003.

Ifølge en foreløpig tilbakemelding fra Sosial- og helsedirektoratet er hovedproblemet sykepleierbemanning. Dette gjelder både i forhold til antall stillinger, vakanser, den store andelen urutinerte sykepleiere, og det at bemanningen ved nyfødteintensivavdelinger er lavere enn for ordinære intensivavdelinger.

Sosial- og helsedirektoratet har opprettet et eget faglig råd for fødselsomsorgen som skal være rådgivende for direktoratets arbeid med fremtidige faglige tilrådinger om struktur.

Helsedepartementet har lagt til grunn og er innforstått med at de regionale helseforetakene prioriterer en styrking av nyfødteomsorgen. Departementet vil for øvrig vise til at nyfødte medisinen kommer styrket ut av den gjennomgangen av kostnadene ved ulike behandlingsformer som er gjennomført i 2001. Dette har som effekt at de regionale helseforetakene vil motta om lag 100 mill. kroner mer i ISF-refusjoner for å behandle denne pasientgruppen i 2002 sammenlignet med tidligere år.

Det vises til proposisjonen som vil bli fremmet i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett om forslag til endringer i statsbudsjettet for 2002 for omtale av status når det gjelder andre Stortingsvedtak knyttet til fødselsomsorgen, jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001).

Innkjøpsenhet i Vadsø

I Ot. prp. nr. 66 (2001-2002) ble det betonet at organiseringen av innkjøpsfunksjonen måtte være desentral og at det strategiske ansvaret for forsyning måtte legges på de regionale helseforetakene. Samtidig ble det framhevet at nøkkelen til suksess også var knyttet til at man fant det riktige nivået for samordning. Som det ble svart i interpellasjonsdebatten 21. februar 2002, legges det vekt på at både prosess og ansvar må forankres i de regionale helseforetakene, men at det innenfor en slik ramme også aktivt må søkes for å identifisere oppgaver som bør løses felles for de regionale helseforetakene.

Det har fra høsten 2001 vært arbeidet ut fra at felles nasjonale oppgaver burde plasseres i Vadsø. Helsedepartementets videre arbeid tilsikter å ta vare på denne forutsetningen og departementet har nå startet et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene for å klargjøre et opplegg der lokalisering av en enhet i Vadsø lar seg realisere i kombinasjon med at det strategiske ansvaret for innkjøpsfunksjonen blir liggende i de regionale helseforetakene. Det er engasjert prosjektleder for arbeidet. Arbeidet vil skje i samarbeid med de regionale helseforetakene. Arbeidet vil ta utgangspunkt i det utredningsarbeid som i regi av Helse Nord RHF ble gjort om et nasjonalt innkjøpscenter i Vadsø og den etterfølgende høringsrunde som har vært med de regionale helseforetakene. Det arbeides med sikte på at konklusjonene fra arbeidet skal inngå i styringsopplegget overfor foretakene for 2003.

Revmatismesykehuset

Oslo Sanitetsforening har fremmet krav om kompensasjon for Rikshospitalets manglende vedlikehold i leieforhold på Revmatismesykehuset. Det tas sikte

på en snarlig avklaring i saken. Statens eventuelle utgifter forutsettes dekket innenfor rammen til de regionale helseforetakene.

Intensivt habiliteringstilbud til funksjonshemmede barn

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002) har komiteen uttalt følgende:

«Komiteen vil understreke viktigheten av at foreldre har valgfrihet i forhold til de ulike behandlingsopplegg, og ser derfor positivt på at det arbeides videre med å fremskaffe personell som kan sikre videreutvikling av Petø-metodikken og Domanmetoden. Departementet bes arbeide videre med å forenkle de problemstillinger foreldrene møter når de ønsker å ta Petø- og Domanmetodene i bruk. Departementet bes videre utarbeide en samlet strategi for hvordan tjenesten og velferdsstaten bedre kan møte familiene med funksjonshemmede barn.»

De regionale helseforetakene er bedt om å legge til rette for at familiene kan gjøre slike valg, og at foreldrene må gis økonomisk mulighet til valg. Med utgangspunkt i tilråding fra Sosial- og helsedirektoratet arbeider departementet med et opplegg for å kunne ivareta denne valgfriheten innenfor det helsepersonell finner faglig forsvarlig.

De midler som foreslås stilt til rådighet for de regionale helseforetakene forutsettes også å dekke utgifter forbundet med å legge til rette for valgfrihet for foreldre med funksjonshemmede barn.

Donortilgang og donoransvarlig lege

Rikshospitalet har landsfunksjon for transplantasjoner av organer i Norge (hjerte, lunge, nyre, lever og bukspyttkjertel) og koordinerer organdonasjonsevnevirksomheten ved landets 27 godkjente donorsykehus. I 2001 ble det utført 291 organtransplantasjoner i Norge, det høyeste tallet noensinne. Likevel førte mangelen på tilgjengelige organer til at i alt 34 pasienter døde i køen mens de ventet på nytt organ. Ved årsskiftet sto 265 pasienter på venteliste, som er 50 pst. flere enn for fem år siden. I mars 2002 lanserte Stiftelsen Organdonasjon donorkort i Norge. Informasjonsbrosjyren med donorkort er finansiert av departementet.

Ved behandling av Innst. S. nr 153 (2000-2001), jf Dok. 8:5 (2000-2001), vedrørende behov for å iverksette tiltak for å bedre tilgangen til transplantasjonsorganer i Norge gjorde Stortinget følgende vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen i budsjettet for 2002 legge frem forslag om at det ved alle godkjente donorsykehus skal utpekes en ansvarlig koordinator ved akuttavdelingene, og at donorsykehusene sikres økonomisk kompensasjon for den innsatsen som gjøres for å ivareta disse oppgavene.»

Departementet har fulgt opp at de regionale helseforetakene prioriterer arbeidet med å etablere donoransvarlig lege ved alle godkjente donorsykehus, jf. brev til de regionale helseforetakene av 18. mars 2002. Departementet forsetter at donorsykehusene prioriterer tilstrekkelig ressurser for å ivareta denne oppgaven, jf. St. prp. nr. 1 (2001-2002). Eventuell ytterligere oppfølging vil bli vurdert i forbindelse med styringsdokument og statsbudsjettet for 2003.

Helse Sunnmøre HF

I St. prp. nr. 1 (2001-2002) ble det formidlet at Sentralsykehuset i Ålesund over tid hadde hatt problemer knyttet til overbelegg og korridorpasienter ved sykehusets medisinske avdeling. Følgende omtale ble gitt om sykehuset i proposisjonen:

«I forbindelse med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten har departementet forutsatt at de nødvendige midler blir stilt til disposisjon for Sentralsykehuset i Ålesund slik at sykehuset i 2002 kan pusse opp og ta i bruk en sengepost som i dag står ubrukt ved sykehuset.»

Helsedepartementet legger til grunn at dette styringsmessig håndteres innenfor den samlede budsjettrammen som Helse Midt-Norge RHF nå får stilt til disposisjon.

3 Investeringer

3.1 Opplegget for investeringer i 2002

Ved budsjettbehandlingen høsten 2001 ble det lagt opp til at 2002 skulle være et overgangsår når det gjelder styring av investeringer bl.a. ved at foretakenes investeringer skulle kontantfinansieres gjennom bevilgningene over statsbudsjettet.

I budsjettet for 2002 er det gitt en samlet investeringsramme på 2 762 mill. kroner for spesialisthelsetjenesten. Den fastsatte rammen bygger på gjennomsnittlig investeringsnivå på 1990-tallet. Byggingen av nytt Rikshospital er holdt utenfor ved beregningen av gjennomsnittlig investeringsnivå, mens ny universitetsklinikk i Trondheim (RIT 2000) tilsvarende er holdt utenfor i rammen for 2002. Videreføringen av planene for RIT 2000 og igangsetting av utbyggingen er behandlet særskilt i egen proposisjon til Stortinget, St. prp. nr. 53 (2001-2002). Av den totale investeringsrammen for 2002 på ca. 2,8 mrd. kroner er 2 396 mill. kroner lagt inn som basistilskudd til investeringer, mens 366 mill. kroner gjelder øremerkede tilskudd under særskilte bevilgninger til kreftplanen, Opptrappingsplan for psykisk helse og IT-investeringer.

I St.prp. nr. 1 (2001-2002) ble det pekt på usikkerheten knyttet til om de samlede investeringsplaner sammen med pågående investeringer lot seg innpasse i budsjettrammen. Samtidig ble det varslet en gjennomgang av situasjonen for å kartlegge investeringsprosjektenes omfang og økonomi, alle typer bindinger og forpliktelser, samt at det skulle lages en samlet nasjonal prioritering og forslag til finansiering. Videre sto det i St.prp. nr. 1 (2001-2002) at

«Dette vil bli lagt fram for Stortinget i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2002. Investeringsrammen vil også bli vurdert i denne sammenhengen.»

I St.prp. nr. 1 (2001-2002) Tillegg nr. 4 ble det vist til denne omtalen og bekreftet at regjeringen vil komme tilbake til foretakenes investeringssituasjon i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett, inklusiv at investeringsrammen i denne sammenheng ville bli vurdert på nytt.

Rammen for investeringer som ble fastsatt for 2002 ble bevisst satt stramt for å sikre at det i overgangsperioden ikke ble igangsatt investeringsprosjekter som ville legge et urimelig press på investeringsrammer og kapitalkostnader framover. Det var et sentralt hensyn at de regionale helseforetakene ble gitt anledning til å foreta vurderinger innenfor sitt helhetlige ansvar og at dette tilsa en restriktiv holdning.

Det samlede basistilskuddet til investeringer er fordelt til de regionale helseforetakene sammen med basistilskuddet til finansiering av drift. Departementet har lagt til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne ta et samlet ansvar for disponeringen av investeringsmidlene i 2002, med vekt på konsekvensene av investeringsprosjektene for foretakenes fremtidige drift.

De regionale helseforetakene er gitt fullmakt til å treffe alle investeringsbeslutninger for alle mindre prosjekter og prosjekter som er godkjent på Opp-

trappingsplan for psykisk helse og kreftplanen. For de øvrige større prosjektene mellom 50 mill. kroner og 250 mill. kroner skal beslutning om igangsetting av byggearbeider forelegges departementet for godkjenning. For alle prosjekter som er større enn 250 mill. kroner skal forslag til vedtak om videreføring eller stans av prosjektet legges frem for departementet til avgjørelse.

Det er gitt klare føringer i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene med hensyn til prioritering av de nasjonale satsingene på utstyr, psykisk helse og kreftbehandling.

For 2002 er utstyrplanens bevilgninger i sin helhet lagt til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene er pålagt å investere og rapportere for til sammen 860 mill. kroner i henhold til utstyrplanens forutsetninger. Nye regnskapsprognoser pr. april 2002 viser at fylkeskommunenes investeringer i utstyr før 31. desember 2001 har vært høyere enn tidligere forutsatt og medfører et økt krav til refusjon til fylkeskommunene på ca. 256 mill. kroner ¹⁾

. Dette innebærer at utstyrplanens mål for ekstraordinære utstyranskaffelser ventelig vil bli fullført i 2002. Helseforetakene melder om betydelige behov for utstyrinvesteringer i 2002 ut over de tildelte rammer.

Opptappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp med konkrete forslag fra departementet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet om hvilke prosjekter de regionale helseforetakene bør prioritere. Psykiatriplanene som ble utarbeidet av fylkeskommunene skal være et av grunnlagsdokumentene for helseforetakenes arbeid. Dette innebærer at utbygging av distriktpsychiatrike sentre og en spesiell styrking av barne- og ungdomspsykiatri, fortsatt skal være prioriterte tiltak for de regionale helseforetakene.

Departementet følger opp psykiatriprosjektene under de regionale helseforetakene løpende gjennom året. Opptappingsplanen dekker 60 pst. av investeringskostnadene innenfor godkjent ramme i form av refusjon ved ferdigstilling av prosjektene. De øvrige 40 pst. er lagt inn i basistilskuddet til foretakene og må dekkes av dette.

Kreftplanen dekker primært kostnadene til stråleterapimaskiner med tilhørende bunkers. Foretakene må fullt ut finansiere nødvendige investeringer i de prosjektene hvor bunkersene inngår.

3.2 Situasjonen for helseforetakenes investeringer i 2002

Departementet har innhentet opplysninger gjennom de regionale helseforetakene om investeringsaktivitetene og foreliggende investeringsplaner ved årsskiftet 2001/2002. Oversikten viser at byggekontrakter som allerede var inngått ved årsskiftet og utstyrsmidler legger beslag på hele basistilskuddet til investeringer. Med det gitte basistilskuddet til investeringer vil det ikke fullt ut være mulig for foretakene å følge opp planlagt fremdrift for prosjektene på kreftplanen og Opptappingsplan for psykisk helse i tillegg til finansiering av pågående byggeprosjekter og de pålagte utstyrinvesteringene.

¹⁾ Oppgjøret med fylkeskommunene bevilges under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Departementet er også kjent med at det foreligger pålegg fra offentlige tilsyns- og kontrollmyndigheter som krever investeringer. Det er usikkert hvilke konsekvenser det får at denne type investeringer utsettes.

Med en så stram investeringsramme som foretakene nå har, er det svært liten fleksibilitet i forhold til å møte uforutsette hendelser som gjør at man må gjennomføre investeringer. Eksempler på dette kan være viktig utstyr som havarerer og som må erstattes umiddelbart.

Situasjonen kan også beskrives ved at investeringsnivået har steget de foregående årene fra ca. 3,1 mrd. kroner i 1999 til ca. 3,7 mrd. kroner i 2001. Vedtatt investeringsramme på 2,8 mrd. kroner medfører følgelig en innstramning med om lag 900 mill. kroner i forhold til foreløpige anslag for investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten i 2001. Bevilgninger til ny universitetsklinikk i Trondheim er ikke med i disse tallene.

3.3 Behov for tilleggsbevilgning og låneramme

På bakgrunn av den gjennomgangen som departementet har gjennomført av situasjonen for investeringsprosjektene i 2002, foreliggende planer og foretakenes rammer for investeringer, fremmes det forslag om at bevilgningene til investeringer i foretakene økes med 300 mill. kroner.

De regionale helseforetakene har ikke den finansielle fleksibilitet som tidligere eier hadde. Det foreslås derfor etablert en låneordning overfor de regionale helseforetakene til investeringsformål på inntil 1 mrd. kroner. Ordningen administreres av Helsedepartementet.

Forslagene om økt bevilgningsramme og adgang til låneopptak til investeringer er innrettet mot å løse situasjonen for helseforetakene i overgangsåret 2002.

Med den foreslåtte økningen av basistilskuddet vil Helsedepartementet forutsette at opptrappingsplanene innen psykisk helsevern og kreft kan videreføres i samsvar med foreliggende planer. Departementet legger også vekt på at mindre igangværende byggeprosjekter kan fullføres og at nivået på utstyrsinvesteringene ikke får en uforsvarlig sterk reduksjon i forhold til nivået de tre siste årene.

Når det gjelder store prosjekter er foretakene i en situasjon der man dels har langt framskredne prosjekteringer og der arbeidet med forprosjekter er inne i avsluttende faser. Flere av forprosjektene vil bli avsluttet i løpet av året. Dette gjelder for Nye Ahus prosjektet for nytt sykehus for det tidligere Sentralsykehuset i Akershus, for Vestenghaug-prosjektet ved Radiumhospitalet og kreft og isolatsenter ved Ullevål sykehus.

Departementet vil i disponeringen av midler i 2002 legge til rette for at forprosjektarbeidene kan videreføres og avsluttes for å få brakt fram et fullstendig grunnlag for beslutning om gjennomføring og av hensyn til tempoet i gjennomføring av prosjektene. For alle forprosjektene er det varslet at disse vil være avsluttet i år og at sakene etter behandling i styrene i de regionale helseforetakene vil bli forelagt departementet.

Departementet legger vekt på at prosessene som nå gjennomføres gir grunnlag for beslutninger slik at prosjekter kan settes i gang i 2003. Det skal

altså understrekes at det nå ikke foreligger forprosjekter som gir grunnlag for å ta stilling til disse i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett for 2002.

Basert på de prioriteringsvurderinger som styrene i de regionale helseforetakene foretar vil det også bli brukt midler i 2002 som kan sikre rask igangsetting av prosjektene i 2003. Det foreligger altså ikke avsluttede forprosjekter slik at det kan tas avgjørelser om disse prosjektene i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett i 2002.

Det er ikke fremmet forslag overfor departementet om igangsetting av store sykehusprosjekter i 2002, ut over RIT 2000 prosjektet som i St.prp. nr. 53 (2001-2002) er fremmet som egen sak overfor Stortinget.

Det er i statsbudsjettet for 2000 bevilget 24 mill. kroner (over kapittel 739 post 65 Kreftbehandling m.m.) til anskaffelse av ny strålemaskin ved Radiumhospitalet. Det har i etterhånd vist seg lite hensiktsmessig å bruke disse midlene til kjøp av maskin til nåværende bygg. Ny maskin bør i stedet installeres i det planlagte stråleterapibygg ved Radiumhospitalet. For å sikre prosjektets videre framdrift foreslår departementet å omdisponere disse midlene til det planlagte stråleterapibygg. Det presiseres at dette ikke vil gå på bekostning av strålekapasiteten i byggeperioden, og det planlagte antallet maskiner ved Radiumhospitalet vil bli realisert som forutsatt.

Det samlede budsjettopplegget som nå fremmes, legger til rette for videreføring av byggetrinn 6 ved Sykehuset i Vestfold, utbyggingen av E-fløyen ved Aust-Agder sykehus, pågående utbyggings- og ombyggingsprosjekter ved Helse Fonna, videre utbygging ved Levanger sykehus og skisseprosjekt/forprosjekt for Hålogalandssykehuset og Nordlandssykehuset. Som pekt på ovenfor vil det i disponeringen av rammen bli lagt vekt på at også øvrige pågående prosjekter blir gjennomført og avsluttet, slik at det kan unngås at samfunnsmessige verdier går tapt.

Når det gjelder vurdering av nye prosjekter vil departementet peke på at det foreligger planer i et betydelig omfang. Planene foreligger på ulike stadier, men dersom alle skulle gjennomføres vil dette innebære et samlet investeringsvolum opp mot 50 mrd. kroner. Det er ikke realistisk at planer i dette omfang lar seg gjennomføre i løpet av de nærmeste årene. Dette tilsier at det både regionalt og nasjonalt gjennomføres analyser for å identifisere hva som er viktigst for å realisere helsepolitiske mål. Helsedepartementet finner det riktig at det utarbeides et supplerende analysemateriale før man låser fast store deler av de kommende årenes investeringsmidler.

Departementer har merket seg de prosjekter som er særskilt omtalt av sosialkomiteen; prosjektet ved Statens senter for epilepsi og Diakonhjemmet sykehus, og vil påse at disse blir nøye gjennomgått i de vurderinger som nå skal foretas.

I den styringsdialog som skal gjennomføres med de regionale helseforetakene vil det bli lagt vekt på å se tilleggsbevilgning og lånerammer i sammenheng. Regjeringen vil derfor foreslå at fordelingen av tilleggsbevilgningen på 300 mill. kroner mellom de regionale helseforetakene legges til Helsedepartementet.

3.4 Framtidig system for håndtering av investeringer

Helseforetakslovens § 43 2. ledd fastslår at regnskapslovens bestemmelser gjelder for helseforetak. Dette innebærer at den kapital som foretakene bruker må være identifisert og verdsatt og at kostnadene ved å bruke kapitalen vil inngå i foretakenes regnskaper. Denne omleggingen gir muligheter for å legge større ansvar og beslutningskompetanse i investeringssaker til foretakene, innenfor det helhetlige ansvar som styrene for foretakene har. At det følger framtidige kostnader med foretakenes investeringer, som foretakene også har mulighet til å bruke på alternative måter, må forventes å inspirere foretakene til å foreta kritiske vurderinger av hvilke investeringer som bør foretas. Men det er også helt avgjørende for en kontrollert utvikling av spesialisthelsetjenesten at omleggingen inkluderer overordnede nasjonale styringstiltak som kan gi tilstrekkelig sikkerhet for samlet kostnadskontroll og for at investeringstiltakene samsvarer med helsepolitiske mål og prioriteringer.

Foretakenes regnskap skal fra og med 2002 avgis i samsvar med regnskapslovens regler, blant annet ved at avskrivninger på kapitalen vil inngå i regnskapet som kostnad. Samtidig er budsjettvedtaket for 2002 basert på at dette året skal være et overgangsår ved at de samlede investeringene ble kontantfinansiert gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetakene og gjennom særskilte investerings-/opptrappingsplaner. Det ble heller ikke foretatt endringer i de regionale helseforetakenes inntekter slik at disse kunne dekke foretakenes avskrivninger på kapitalen. I samsvar med dette bygger budsjettvedtaket på at foretakene kan gå med et underskudd etter avskrivningskostnader.

Det samlede opplegget for håndtering av investeringer i 2003 vil bli lagt fram i forslag til statsbudsjett for 2003. Både som en forberedelse for regnskapavleggelse for 2002 og som en forberedelse for det framtidige systemet for finansiering av investeringer, er det foretatt en første samlet verdsetting av foretakenes kapital. Arbeidet er basert på prinsippet om gjenanskaffelseskost. Det foreligger nå estimer for foretakenes åpningsbalanser som er meddelt foretakene. Dette vil, i samarbeid med foretakene, bli bearbeidet ytterligere med sikte på at det skal inngå i grunnlaget for regnskapavleggelse og videre styring. I tillegg vil spørsmål knyttet til lånefullmakter, kapitalstruktur, avskrivninger og styring av store investeringer bli presentert.

I arbeidet med det samlede systemet for finansiering av investeringer vil det bli lagt vekt på en kombinasjon av at fullmakter skal gis til foretakene og overordnet styring som sikrer at investeringer foretas i samsvar med overordnede helsepolitiske prioriteringer, og at omfanget av investeringer skjer innenfor rammer som gir kontroll med kostnadsutviklingen innen spesialisthelsetjenesten.

Systemet må også gi muligheter for utjevning mellom regionene, i den grad dette er nødvendig for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester. Det enkelte års investeringsopplegg vil bli lagt fram for Stortinget som en integrert del av statsbudsjettframlegget. I denne sammenheng vil det bli lagt vekt på at investeringene sees som en del av det samlede planopplegget for kommende år.

Helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag til vedtak om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002

I

I statsbudsjettet for 2002 gjøres følgende endringer:

Utgifter:

| Kap | Post | Formål | Kroner |
|-----|---------|---|---------------|
| 730 | | Statlig helsetjeneste | |
| | 70 | Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i> , økes med | 344 956 000 |
| | | fra kr. 14 575 000 000 til kr. 14 919 956 000 | |
| | 71 | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., <i>overslagsbevilgning</i> , økes med | 70 000 000 |
| | | fra kr. 3 456 000 000 til kr. 3 526 000 000 | |
| 732 | | Regionale helseforetak | |
| | 70 | Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i> , økes med | 300 000 000 |
| | | fra kr. 20 000 000 til kr. 320 000 000 | |
| | 71 | Tilskudd Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i> , økes med | 364 840 000 |
| | | fra kr. 10 316 504 000 til kr. 10 681 344 000 | |
| | 72 | Tilskudd Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i> , økes med | 254 648 000 |
| | | fra kr. 6 349 251 000 til kr. 6 603 899 000 | |
| | 73 | Tilskudd Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i> , økes med | 208 373 000 |
| | | fra kr. 4 574 736 000 til kr. 4 783 109 000 | |
| | 74 | Tilskudd Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i> , økes med | 145 912 000 |
| | | fra kr. 3 392 361 000 til kr. 3 538 273 000 | |
| | 75 | Tilskudd Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i> , økes med | 136 271 000 |
| | | fra kr. 3 136 498 000 til kr. 3 272 769 000 | |
| | (ny) 90 | Lån til investeringsformål i helseforetak, bevilges med | 1 000 000 000 |

II

Stortinget samtykker i at de regionale helseforetakene gis en samlet økt driftkredittramme på inntil 1 000 000 000 kroner fra 1 000 000 000 kroner til 2 000 000 000 kroner. Helsedepartementet gis fullmakt til å fordele driftskredittrammen basert på søknader fra de regionale helseforetakene.