



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Helsereformen – Veien videre

Konferanse 23. januar 2008, Oslo kongressenter

Statssekretær Rigmor Aasrud

Innledning

- Verdenseliten på helsesatsing
- Offentlig ansvar, politisk styrt og likeverdig tilgang til tjenester
- De politiske målene utfordres
 - Risiko for at brukerne velger private løsninger
- Organisasjonsløsninger;
 - ideologi eller praktisk gode løsninger

Utfordringsbildet

- Aktørene har ulik oppfatning av situasjon og utfordringer
 - "årsaken til problemene ligger hos andre"
- Videreutvikling av helseforetaksmodellen

Utfordringsbildet

Vi er ikke gode nok på likeverdighet og prioritering;

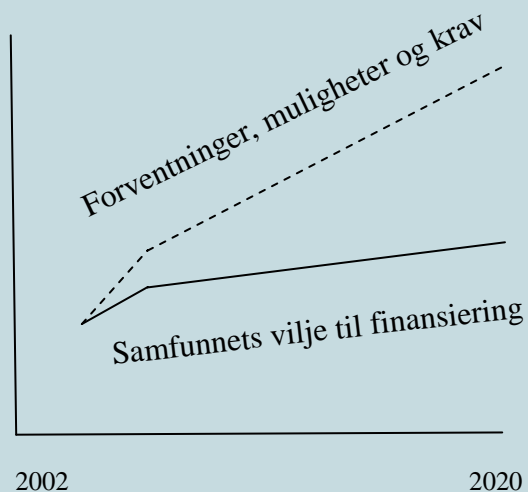
- sosial ulikhet
- medisinsk-teknologisk utvikling
- prioriteringsforskjeller mellom RHFene
- mangel på samhandling

Utfordringsbildet

Utfordringer som følger av demografi og sykdomsutvikling

- Flere lever lenge, og flere lever med kroniske sykdommer. Antall eldre økt med 10 pst. fra 2002
- Krefttilfeller øker med 3 pst. i året – 24 000 nye krefttilfeller årlig
- Sterk økning i diabetes; 150 000 har diabetes 2
- Dialyse antas å øke med 10 pst. hvert år
- 200 000 har Kols; 20 000 nye hvert år
- Overvekt og fedme; fedmeoperasjoner har økt fra 242 i 2002 til nesten 1400 i 2006

Forventningsgap



Vi ser for oss et økende gap mellom...

...de muligheter som finnes og de krav befolkningen stiller til helsetjenesten

...og hvor mye samfunnet er villig til å øke finansieringen etter politisk beslutninger

Alt var ikke bedre før.....

Hvorfor helseforetaksreform?

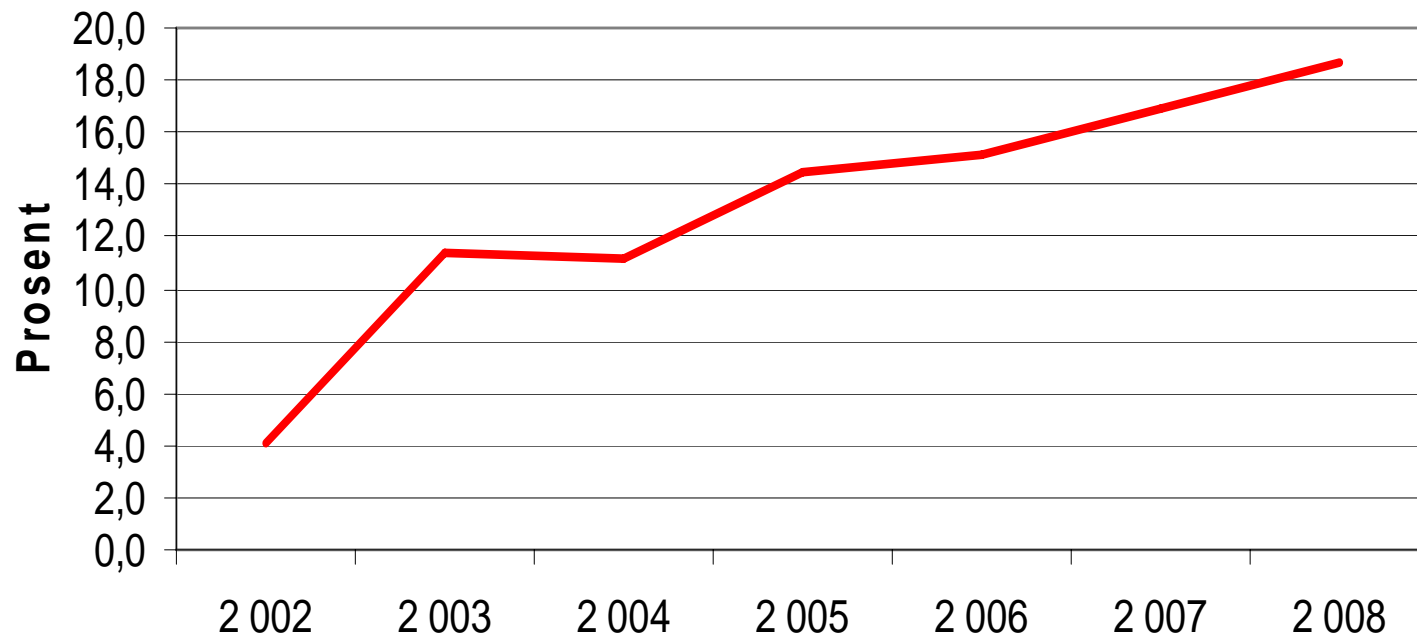
- Bedre og mer presis nasjonal politisk styring
- Myndiggjøring av det utførende leddet
- de som er nærmest pasienten

**Alt er ikke i mål –
men mye positivt har skjedd siden 2002**

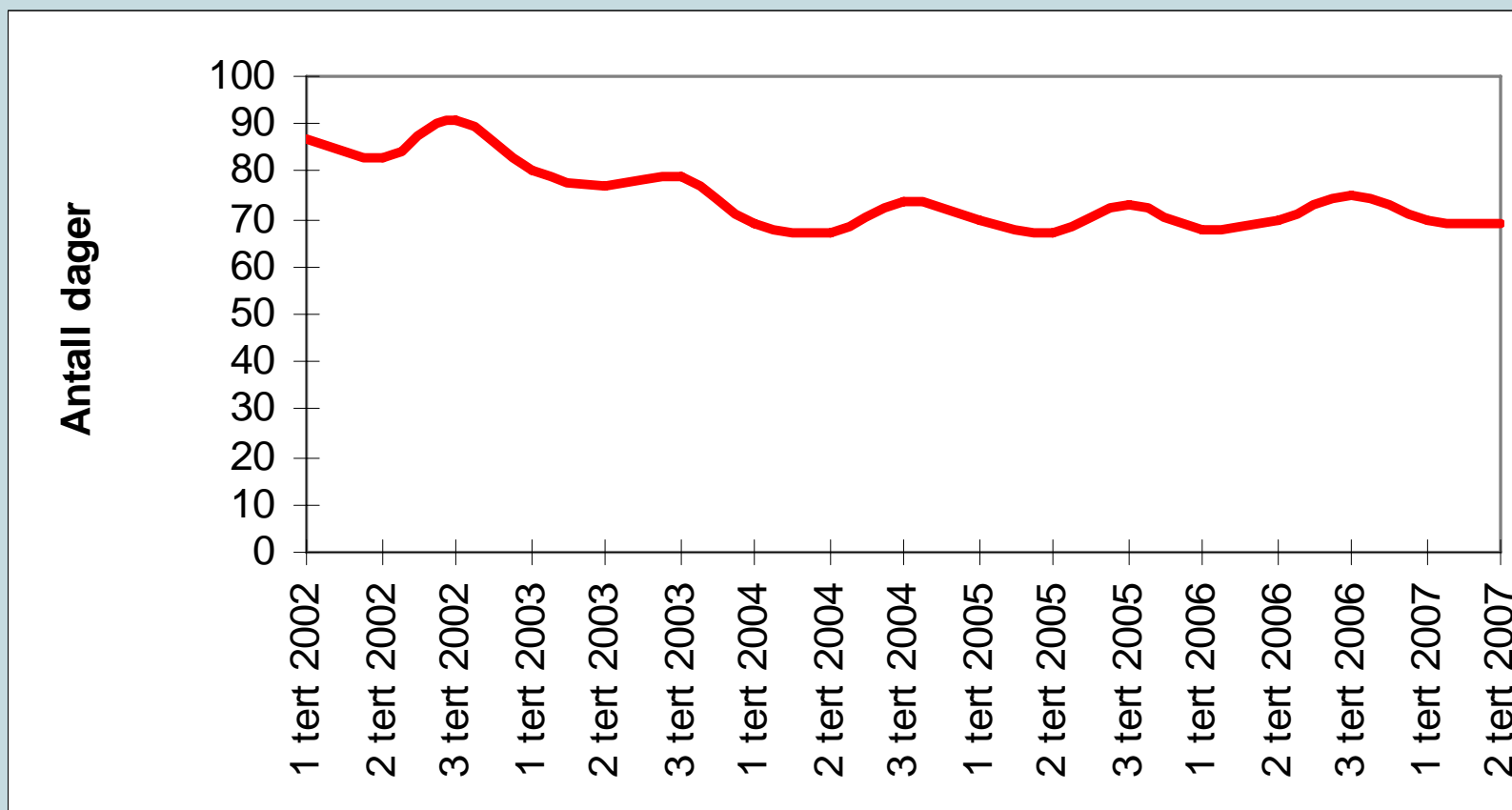
Flere ansatte i spesialisthelsetjenesten



Pasientbehandling omfattet av ISF øker med over 18 pst. etter sykehusreformen



Ventetider i perioden fra 2002 - 2007



Bedre kvalitet

- Sentralisering av kreftkirurgi
 - Eks: Brystkreft, eggstokkreft, endetarmskreft og lungekreft
- Sentralisering av PCI (blokking av tette kransarterier)
- Desentralisering av spesialisert tilbud til lokalsykehus/dms/sykestuer
 - Eks: Dialyse, polikliniske tilbud, elektiv kirurgi, cellegiftbehandling
- Etablering av nettverk mellom avdelinger på flere sykehus
- Eks: Gyn/føde ved Orkdal og St. Olav

Helseforetaksmodellen

Helhetlig ansvar for drift og investeringer

- 27 mrd. er investert i perioden 2002 -2006
- 10 mrd. er tatt opp i lån 2002 - 2006
- 5,3 mrd. til årlige avskrivningskostnader i 2008 - en økning på 1,67 mrd. kroner i forhold til 2007
- Nå investeres det årlig over 8 mrd. kroner
- Før reformen lå investeringsnivået på 3 mrd. kr. årlig

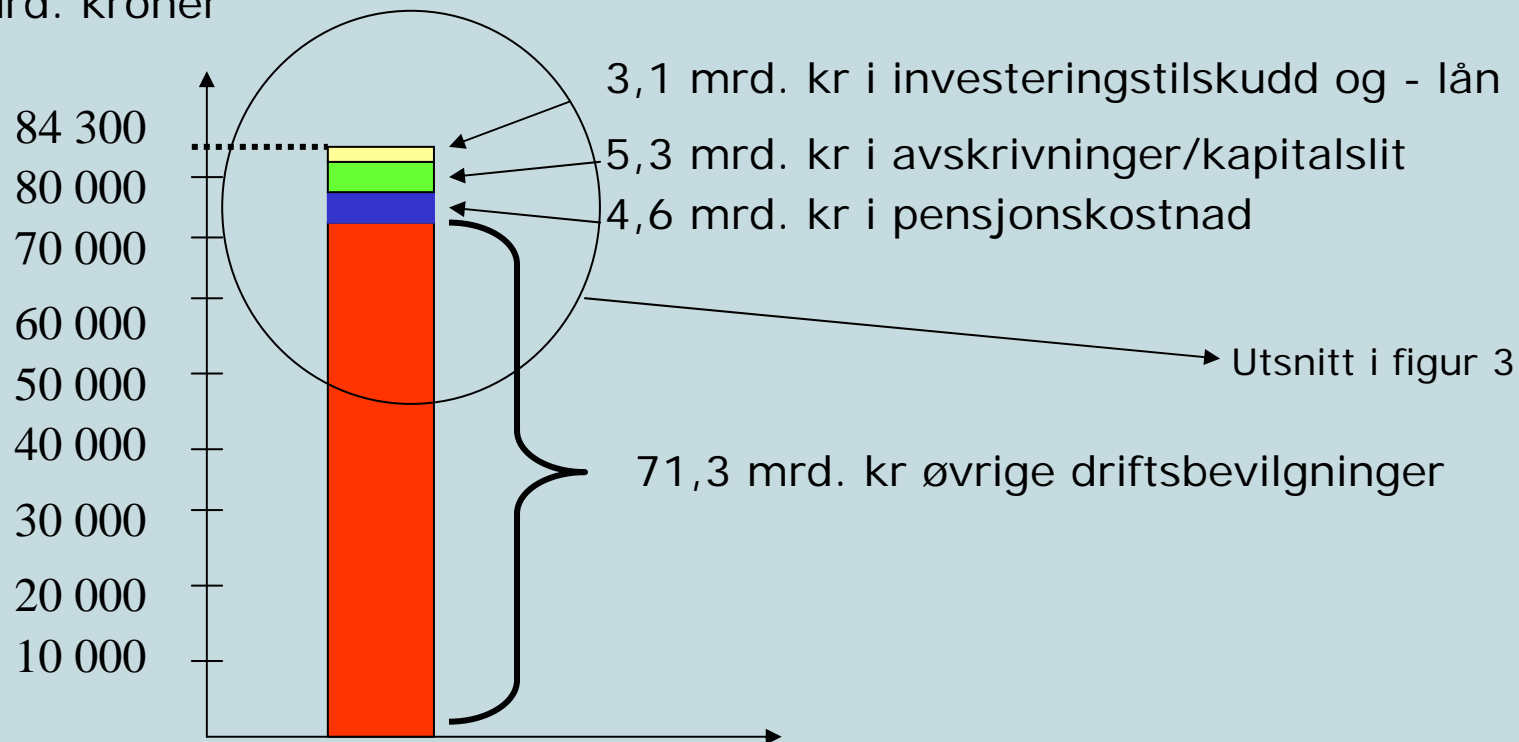






Regnskapsloven

- Kostnadsbasert regnskapsprinsipp
 - Private virksomheter, ideelle organisasjoner
 - Forsøksordninger
- Hovedintensjon i reformen
 - Alle kostnader knyttet til tjenestene skulle framkomme i regnskapet
 - Utgifter periodiseres
 - Avskrivinger på investeringer
 - Grunnlag for å måle effektivitet og produktivitet

Overføringer/kostnader for RHF

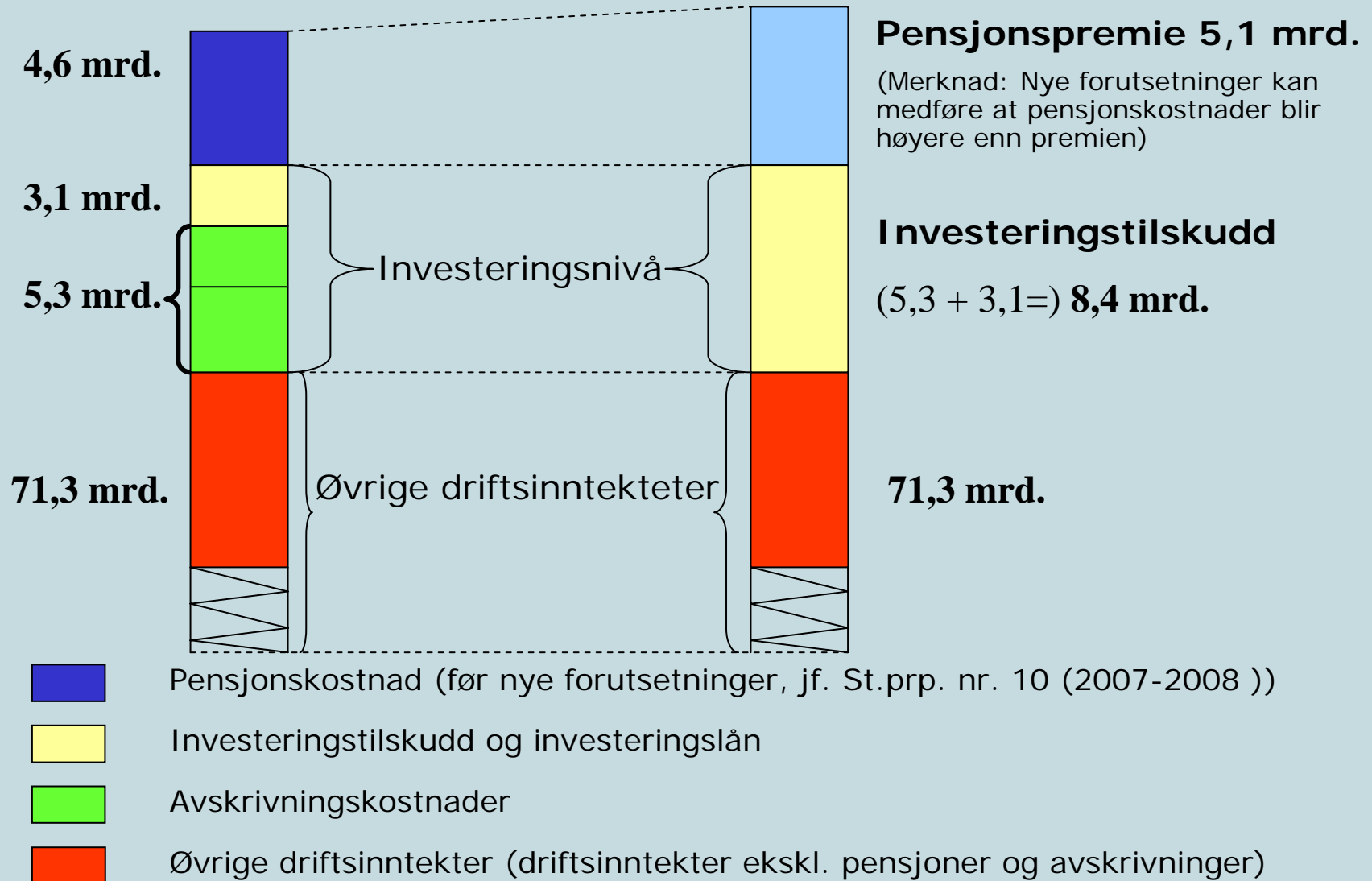
Mrd. kroner



-  Pensjonskost. (før nye forutsetninger, jf. St.prp. nr. 10 (2007-2008))
-  Investeringsstilskudd og investeringslån
-  Avskrivningskostnader
-  Driftsbevilgninger ekskl. pensjonskostnader og innt. til dekning av avskrivningskostnader

Regnskapsloven

Kontantfinansiering



Økte pensjonskostnader

- Økte pensjonskostnader i 2007 (ca 3,2 mrd) og i 2008.
- Forventninger til høyere lønnsvekst og lavere rentenivå
- RNB 2008



Politisk styring

- Nasjonal helseplan
- Oppdragsdokument
- Foretaksmøter