



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

St.meld. nr. 5

(2003–2004)

Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

Innhold

1	Innledning	7	4	Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker	27
1.1	Bakgrunn	8	4.1	Lege- og psykologspesialister med driftsavtale	27
1.2	Mål og hovedutfordringer	8	4.1.1	Dagens ordning for lege- og psykologspesialister med driftsavtale	27
1.3	Oppsummering av tiltak	9	4.1.2	Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelsene om private avtalespesialister og -psykologer	27
2	Hovedinntektsmodell for regionale helseforetak (RHF)	12	4.2	Poliklinisk utredning og behandling ved private sykehus	28
2.1	Alternative inntektsmodeller for RHF	13	4.3	Omlegging av polikliniske takster innen psykisk helsevern	28
2.1.1	Ren rammefinansiering	13	4.3.1	Hagenutvalget og Halsteinlirapporten (Sintef Unimed)	29
2.1.2	Blandingsmodell	14	4.4	Departementets vurdering og tilråding	29
2.1.3	Toppfinansieringsmodell	17	4.4.1	Lege- og -psykologspesialister med driftsavtale	29
2.2	Høringsuttalelser om hovedinntektsmodell	19	4.4.2	Poliklinisk utredning og behandling ved private sykehus	30
2.2.1	Tilslutning til rammefinansieringsmodellen	19	4.4.3	Polikliniske takster innen psykisk helsevern	30
2.2.2	Tilslutning til blandingsmodellen	20	4.5	Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker: oppsummering av tiltak	31
2.2.3	Tilslutning til toppfinansieringsmodellen	20	5	Laboratorie- og røntgenvirksomhet	32
2.3	Departementets vurdering og tilråding til hovedinntektsmodell	20	5.1	Dagens finansieringsordninger for laboratorie- og røntgenvirksomhet ..	32
2.3.1	Hvem bør motta ISF-refusjon og poliklinikktilskudd?	21	5.1.1	Etableringsgodkjenning av laboratorier og røntgeninstitutt	33
2.3.2	Hvor store bør ISF- og poliklinikkrefusjonene være?	21	5.1.2	Pasientrettigheter	33
2.3.3	Tiltak for bedre styring og kontroll med ISF- og poliklinikkordningene .	22	5.1.3	Innvilgelse av trygderefusjon	33
2.3.4	Utvikling av ISF-ordningen og pasientklassifiseringssystemer	22	5.2	Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om laboratorie- og røntgenvirksomhet	34
2.3.5	Opprettelse av beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU)	23	5.2.1	Høringsuttalelser om rollen til RHF	34
2.4	Hovedinntektsmodell for RHF: oppsummering av tiltak	23			
3	Bestiller- og utførerrollen og forholdet til private aktører	24			
3.1	Hagenutvalgets forslag om forholdet til tjenesteytende nivå	24			
3.2	Høringsinstansenes syn på forholdet til tjenesteytende nivå	25			
3.3	Departementets vurdering og tilråding om bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører	25			
3.4	Bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører: oppsummering av tiltak	26			

5.2.2	Høringsuttalelser om konkurranseutsetting	35	7.3.4	Høringsuttalelser om forebygging ...	46
5.3	Departementets vurdering og tilråding om laboratorie- og røntgenvirksomhet	35	7.4	Departementets vurdering og tilråding om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging	46
5.3.1	Tre ulike inntektsmodeller for laboratorie- og røntgentjenester	35	7.4.1	Innsatsstyrt finansiering av desentralisert behandling	47
5.3.2	Finansieringsansvar for prøver rekvirert av allmennleger	37	7.4.2	Betaling for utskrivningsklare pasienter	47
5.3.3	Forslag til endringer i regelverket for røntgen- og laboratorievirksomhet	37	7.4.3	Takst for pasientopplæring	47
5.4	Laboratorie- og røntgenvirksomhet: oppsummering av tiltak	37	7.4.4	Forebyggende arbeid	47
			7.4.5	Samarbeidstiltak og utredning av langsiktige løsninger	48
6	Forskning og utdanning	39	7.4.6	Fødestuer	49
6.1	Hagenutvalgets forslag og høringsinstansenes syn om forskning og utdanning	39	7.5	Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging: oppsummering av tiltak	50
6.1.1	Om samarbeidsorgan	39	8	Høyspesialiserte tjenester	52
6.1.2	Hagenutvalget og høringsinstansene om samarbeidsorgan	40	8.1	Dagens ordninger for høyspesialiserte tjenester	52
6.1.3	Hagenutvalget og høringsinstansene om forskning	40	8.1.1	Statlig styring av høyspesialiserte tjenester	52
6.1.4	Hagenutvalget og høringsinstansene om utdanning	40	8.1.2	Organisering og finansiering av høyspesialiserte tjenester	52
6.2	Departementets vurdering og tilråding om forskning og utdanning	41	8.1.3	Pasientenes tilhørighet	53
6.2.1	Samarbeidsorganet	41	8.2	Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om høyspesialiserte funksjoner	53
6.2.2	Forskning	41	8.3	Departementets vurdering og tilråding om høyspesialiserte tjenester	54
6.2.3	Utdanning	42	8.3.1	Styring av høyspesialiserte funksjoner	54
6.3	Regionsykehustilskuddet	42	8.3.2	Tilskudd til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering	55
6.4	Forskning og utdanning: oppsummering av tiltak	43	8.3.3	Videreutvikling av DRG-finansiering av høyspesialiserte funksjoner	55
7	Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging	44	8.3.4	Avvikling av normerte priser for høyspesialiserte funksjoner	55
7.1	Dagens ordninger for desentraliserte tilbud	44	8.3.5	Nasjonale kompetansesentre	56
7.1.1	Omstruktureringen i helseforetakene	44	8.3.6	Finansiering av cochlea-implantater	56
7.1.2	Dagens finansiering av desentralisert spesialisthelsetjeneste	44	8.4	Høyspesialiserte tjenester: oppsummering av tiltak	57
7.2	Hagenutvalgets forslag om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging	45	9	Pasientbehandling i utlandet	58
7.3	Høringsuttalelser om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging	46	9.1	Dagens finansieringsordninger for utenlandsbehandling	58
7.3.1	Høringsuttalelser om desentralisering og samhandling	46	9.1.1	Bidrag til behandling i utlandet	58
7.3.2	Høringsuttalelser om betaling for utskrivningsklare pasienter	46	9.1.2	Pasientbroen («utenlandsmilliarden»)	58
7.3.3	Høringsuttalelser om pasientopplæring og veiledning	46	9.1.3	Behandlingsreiser for revmatikere mm.	58

9.2	Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om behandlingsreiser for revmatikere m.m.	59	10.2.2	Utvalgets og høringsinstansenes syn på kapitalutgifter	62
9.3	Departementets vurdering og tilråding om behandlingsreiser for revmatikere m.m.	59	10.3	Departementets vurdering og tilråding om kapital og inntektsfordeling	62
9.4	Utenlandsbehandling: oppsummering av tiltak	59	10.3.1	Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak	62
10	Fordelingskriterier og kapital	60	10.3.2	Tilførsel av midler til dekning av avskrivninger på bygg og anlegg (realkapital)	63
10.1	Kriterier for fordeling mellom RHF .	60	10.3.3	Fordeling av øvrig basisbevilgning ..	64
10.2	Hagenutvalgets forslag og høringsinstansenes syn om fordeling og kapital	60	10.3.4	Forslag til overgangsordning	66
10.2.1	Utvalgets og høringsinstansenes syn på fordeling	60	10.4	Inntektsfordeling og kapital, oppsummering av tiltak	67
			11	Økonomiske og administrative konsekvenser	68



St.meld. nr. 5

(2003–2004)

Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

*Tilråding fra Helsedepartementet av 10. oktober 2003,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Innledning

Med sykehusreformen er regionale helseforetak (RHF) fra 1.1.2002 gitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen. De har dermed ansvar for at bevilgninger, som i 2003 beløper seg til om lag 56,8 mrd. kroner, brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten. Dette er markert i lov om spesialisthelsetjenesten § 2–1a (1.–3. ledd):

«De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder:

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap og
4. nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen. Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.»

Det følger av dette at RHF må ha et helhetlig bilde av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, og ut fra dette påse at overordnede vedtak blir oppfylt, herunder:

- at pasienters rettigheter til helsetjenester blir oppfylt
- at øvrige pålegg om tjenestens innretning og prioriteringer blir fulgt opp, inklusiv at normer og retningslinjer for prioriteringer som angis i pasientrettighetslov og prioriteringsforskrift blir fulgt opp.

Som forutsatt da sykehusreformen ble vedtatt, følges den nå opp med en bred gjennomgang av finansieringsordningene og forslag til inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig at inntektssystemet bidrar til å understøtte ansvaret RHF er tildelt. Derfor foreslås det at RHF som hovedregel skal være mottaker av bevilgninger til spesialisthelsetjenesten. Samlet innebærer forslagene i denne meldingen at RHF får et større finansieringsansvar enn de har i dag, og at graden av aktivitetsbasert finansiering fra staten reduseres noe.

Valg av inntektsmodell mellom staten og RHF

og mellom RHF og utøvende virksomheter (helseforetak og private tilbydere) er to separate beslutninger. Denne meldingen drøfter først og fremst hvordan staten bør tilføre budsjettmidler til RHF. Det er Regjeringens syn at RHF, innenfor sitt sørge for-ansvar, bør stå mest mulig fritt med hensyn til valg av oppgjørsordninger og utforming av kontrakter med utøvende virksomheter, både overfor egne foretak og private. Dette krever at RHF er bevisst sitt sørge for-ansvar og sin rolle som leder for de regionale helseforetaksgruppene. Samtidig ønsker Regjeringen å legge til rette for at RHF skal kunne opprettholde resultatbasert finansiering overfor tjenesteytende nivå slik at «penger følger pasienten». Dette vil, sammen med fritt sykehussvalg og informasjon om ventetider og kvalitetsindikatorer, stimulere sykehusene til rask og effektiv behandling med god kvalitet. Derfor foreslås en inntektsmodell som gir tilstrekkelig økonomisk sikkerhet for at RHF fortsatt kan bruke aktivitetsbaserte tilskudd overfor utøvende virksomheter.

Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) har bidratt til økt behandling og reduserte ventetider. Regjeringen vil, i tråd med Sem-erklæringen, bygge videre på de gode egenskapene ved ordningen og forbedre den. I Sem-erklæringen pekes det også på at de private helseinstitusjonene utgjør et viktig supplement til de offentlige sykehusene, samtidig som de skal være et korrektiv til disse når det gjelder alternative måter å organisere virksomhet på. Meldingen legger til rette for dette.

1.1 Bakgrunn

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001–2002) varslet Regjeringen en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansiering av spesialisthelsetjenesten. For å sikre et bredt beslutningsunderlag for utforming av framtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, satte Regjeringen 1. februar 2002 ned et offentlig utredningsutvalg. Utvalget ble ledet av professor Terje P. Hagen fra Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Utvalget bestod av representanter for forskningsmiljøene og sentrale aktører i helsetjenesten. Utvalget avgav innstilling 17. desember 2002. Utredningen er publisert som NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstillingen har vært på alminnelig tre måneders høring til berørte offentlige og private institusjoner og organisasjoner. 125 instanser har avgitt høringsuttalelse (15 av dem uten merknader). Utvalgets innstilling og høringsuttalelsene er utgangspunkt for forslagene i denne meldingen.

1.2 Mål og hovedutfordringer

Regjeringens helsepolitiske mål har fokus på enkeltindividet. Behovet til den enkelte pasient skal være utgangspunktet for alle tjenestetilbud. Grunnleggende verdier er respekt for individets integritet, menneskets ukrenkelighet og omsorg og ansvar for den enkelte, uavhengig av sykdom og fase i livsløpet. Befolkningen skal oppleve at tjenestetilbudet er til for dem. Behandlingen skal gi trygghet og pasientene skal informeres og lyttes til. Det legges vekt på pasientenes medvirkning og mulighet for egne valg.

Alle skal gis et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Nærhet, likhet og kvalitet skal være idealet for helsetjenestene. RHF skal levere gode helsetjenester i samsvar med disse idealene.

Formålet med sykehusreformen er å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom å legge grunnlaget for helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten, tydeliggjøre ansvar og rollefordeling på alle nivåer, og utnytte ressursene som settes inn i helsesektoren bedre. Et inntektssystem skal bygge opp under RHF sitt helhetlige ansvar og bidra til å realisere de overordnede målene for helsepolitikken. Dagens system for finansiering av spesialisthelsetjenesten er preget av mange og kompliserte ordninger med forskjellige avsendere og mottakere, og med ulike innretninger og mål. Siktemålet er å utforme et inntektssystem som best mulig balanserer bl.a. følgende viktige hensyn og mål:

- God tilgjengeligheit til spesialisthelsetjenester med god kvalitet uten unødig ventetid.
- Likeverdig behandlingstilbud for alle uavhengig av bosted, sosial status og betalingsevne.
- God styring med omfang og sammensetning av tjenestetilbudet.
- Kostnadseffektivitet ved at et gitt aktivitetsnivå realiseres til lavest mulig kostnad.
- Legitimitet ved at finansieringssystemet skal være forutsigbart, enkelt og forståelig.

Ventetiden for behandling er gjennom de senere årene redusert både for pasienter med psykiatriske og somatiske lidelser. Fortsatt opplever imidlertid mange pasienter å måtte vente for lenge på behandling. Målet om å fjerne unødig ventetid er fortsatt høyt prioritert.

Aktivitets- og kostnadsutviklingen i sykehusene har de siste årene gjennomgående vært høyere enn forutsatt i de årlige statsbudsjett. Det er nødvendig å sikre god styring med kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil sør-

ge for at behandlingsskapiteten er tilstrekkelig til å dekke behovet for spesialisthelsetjenester, og etablering av nødvendig kapasitet må skje innenfor rammebetingelser som Stortinget fastsetter.

Det er nødvendig med økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på de prioriterte områdene. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet i tråd med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. RHF skal påse at det skjer. Prioritering basert på lønnsomhetsbetraktninger vil ikke være forenlig med helhetsansvaret RHF har for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Pasientene har krav på å møte en sammenhengende behandlingsskjede med veltilpassede tilbud både i første- og andrelinjetjenesten. Dagens delte forvaltningsansvar mellom kommune og stat stiller krav til samarbeidsløsninger, og en inntektsmodell skal støtte opp om dette.

Denne meldingen har ikke som formål å gi svar på de mange utfordringene som er knyttet til samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Regjeringen vil høsten 2003 sette ned et utvalg som skal vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget skal legge til grunn hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling der kommunene har ansvar for kommunehelsetjenesten og staten ansvar for spesialisthelsetjenesten. Videre skal utvalget ta utgangspunkt i reformer som nylig er gjennomført, bl.a. fastlegereformen, sykehusreformen og den besluttede rusreform I, samt forslag i denne meldingen til hovedinntektsmodell for RHF. Utvalget skal analysere svakheter i dagens helsetjeneste ut fra store pasientgruppers behov for et helhetlig tilbud fra første- og andrelinjen og vurdere økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kan stimulere til bedre samhandling mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Utvalget skal også utrede deløsninger der deler av helsetjenesten organiseres eller finansieres på en ny måte.

1.3 Oppsummering av tiltak

Stortingsmeldingen tar for seg følgende hovedtema:

- Hovedinntektsmodell for RHF
- Bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører
- Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker
- Laboratorie- og røntgenvirksomhet
- Forskning og utdanning
- Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging
- Høyspesialiserte tjenester
- Utenlandsbehandling
- Inntektsfordeling og kapital

Dagens ordninger gjennomgås, og for hvert av hovedområdene presenteres Hagenutvalgets forslag og høringsinstansenes syn som bakgrunn for departementets vurderinger og tilrådinger. I hvert kapittel gis det en nærmere beskrivelse av tiltakene som foreslås, sammen med vurderingene som departementet har lagt til grunn for sine tilrådinger.

I det videre følger en oppsummering av foreslåtte tiltak i meldingen. I tillegg er tiltak som er foreslått i andre sammenhenger nevnt når det er relevant.

Kapittel 2: Hovedinntektsmodell for RHF

1. Dagens blandingsmodell med ISF og basisbevilgning foreslås videreført og videreutviklet.
2. Det tas sikte på å utvikle pasientklassifiserings-systemer der dette mangler i dag.
3. Basisbevilgningen økes tilsvarende en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent og en reduksjon av poliklinikk-satsene i samme omfang.
4. Poliklinikktilskudd utbetales til RHF fra 2004, på samme måte som for ISF.
5. Det foreslås opprettet et beregningsutvalg med deltakelse fra RHF, berørte departement og ekstern forskerkompetanse.

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) omtales også tiltak for å styrke kontrollen med ISF- og poliklinikkordningene.

Kapittel 3: Bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører

I styringsdokument for 2004 vil det bli stilt krav om tydeliggjøring av bestillinger, både for egne helseforetak og private tjenesteytere. I tillegg er det foreslått tiltak i andre kapitler i meldingen som vil legge til rette for at RHF kan gi offentlige og private tjenesteytere likeverdig behandling:

- RHF skal stimuleres til mer aktiv og styrt bruk av private avtalespesialister og psykologer for å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte legespesialist og psykolog, kf. kapittel 4.
- Private laboratorie- og røntgenvirksomheter som har avtale med RHF, vil få innvilget trygderefusjon. Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte utøvende private virksomhet, kf. kapittel 5.
- Utviklingsprosjektet for felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling vil gjøre det mulig å sammenlikne virksomheten hos private spesialister, offentlige poliklinikker og inneliggende behandling, kf. kapittel 2.
- RHF må i sine avtaler med private ta hensyn til at også private tilbydere har kapitalkostnader.
- Private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll, kf. kap 4.

I Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) om pasientrettighetsloven foreslår departementet også at private sykehus skal omfattes av fritt sykehusvalg. Det vil legge til rette for mer likeverdig behandling av offentlige og private tjenesteytere. Der foreslås det også å opprette egen bestillerenhet under RTV for å formidle behandling ved brudd på individuell behandlingsfrist ved annet offentlig sykehus, privat sykehus eller i utlandet.

Kapittel 4: Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker

1. Driftstilskuddets andel foreslås økt til opp mot 40 prosent av praksisinntektene til lege- og psykologspesialister med driftsavtale, med tilsvarende reduksjon av takstene fra folketrygden. Trygderefusjonene betales fortsatt direkte ut til den enkelte spesialist.
2. Private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll.

3. Takststrukturen for offentlige psykiatriske poliklinikker legges om fra 2005, med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekt på årsverkstakster.

Kapittel 5: Laboratorie- og røntgenvirksomhet

1. Nytt aktivitetstilskudd skal utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005.
2. Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter.
3. RHF sitt finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
4. Det lovfestes at private institutter må ha avtale med RHF for å få trygderefusjon fra 2005.
5. Dagens etableringsgodkjenning for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles. Det innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
6. Trygderefusjon for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet som inngår i poliklinikktilskuddet, foreslås utbetalt til RHF fra 2004, jf. kap. 2.3.1.
7. Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

Kapittel 6: Forskning og utdanning

1. Instruksen for samarbeidsorganene revideres, blant annet ut fra prinsippet om likeverdighet mellom RHF og universiteter/høgskoler.
2. Eventuell uenighet om fordeling av forskningsmidler i samarbeidsorganet vil bli avgjort av foretaksmøtet i RHF.
3. Midler til forskning via samarbeidsorganene fordeles mellom RHF med 40 prosent vekt på likt beløp per region og 60 prosent vekt på forskningsresultater.
4. Helsedepartementet vil gjøre det klart at RHF skal legge til rette for praksisundervisning av et antall helsefagstudenter i grunnutdanning i styringsdokumentene for 2004.

Kapittel 7: Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

1. ISF foreslås utvidet til også å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste utenom sykehus for dialyse og cellegiftbehandling fra 2004.
2. Nåværende poliklinisk takst for pasientopplæring foreslås utvidet til å omfatte alle pasienter, uavhengig av diagnose, fra og med 2004.

3. Det vil bli satt ned et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
 4. Det vil bli stilt krav i styringsdokumentet for 2004 om å tilby opplærings- og egenmestringsprogrammer for utvalgte pasientgrupper. Krav til RHF vil bli konkretisert når det gjelder sykdoms- og risikoovervåking og veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten.
 5. RHF gis overordnet drifts- og fagansvar for fødestuene. RHF og aktuelle kommuner inngår et avtalebasert samarbeid om deling av kostnader og ansvar for personell ved fødestuene, basert på dagens funksjonsfordeling.
4. Dagens statlige, normerte priser for gjestepasientoppfølger avvikles for lands- og flerregionale funksjoner fra 2004.
 5. Tilskudd til nasjonale kompetansesentre videreføres som et eget tilskudd på statsbudsjettet.

Kapittel 9: Utenlandsbehandling

1. Dagens statlige tilskudd til ordningen med behandlingsreiser for revmatikere mm. beholdes som et særskilt tilskudd på Helsedepartementets budsjett.
2. Ordningen administreres fortsatt av Rikshospitalet.

Kapittel 10: Inntektsfordeling og kapital

1. Fra 2005 fordeles basisbevilgningen med 50 prosent vekt på fordeling i 2003 og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler.
2. Det gis et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord RHF, finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene.
3. Omleggingen gjennomføres gradvis i løpet av fem år.
4. Inntekter til dekning av avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningen fra 2004. Midlene fordeles med 50 prosent vekt på den faktiske fordelingen av kapital mellom RHF og 50 prosent vekt på kostnadsnøklerne.

I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) foreslår Regjeringen dessuten at RHF skal overta ansvaret for syke-transport, men med et statlig finansielt delansvar. Dette vil være et viktig tiltak for å stimulere til desentralisering av spesialisthelsetjenester.

Kapittel 8: Høyspesialiserte tjenester

1. Staten skal ikke lenger bestemme hva som til enhver tid er å anse som flerregionale funksjoner fra 2004.
2. Tilskudd til lands- og flerregionale funksjoner innlemmes i basisbevilgningen til RHF fra 2004.
3. Det settes i gang et arbeid for å utvikle mer spesifikke DRG for høyspesialisert behandling.

2 Hovedinntektsmodell for regionale helseforetak (RHF)

Det er i 2003 bevilget 56,8 mrd. kroner til spesialisthelsetjenester medregnet refusjoner fra folketrygden. Tabell 2.1 gir en oversikt over totalbevilgningen i 2003 fordelt på noen hovedkategorier. Bevilgningene til syketransport på om lag 1,7 mrd. kroner i 2003 inngår ikke i tabellen. I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) foreslås det at finansieringsansvaret for syketransport skal overføres til RHF fra 2004, men med et statlig delansvar for disse utgiftene (risikodeling).

Figur 2.1 viser noe forenklet pengestrømmene innenfor dagens offentlig finansierte spesialisthelsetjeneste.

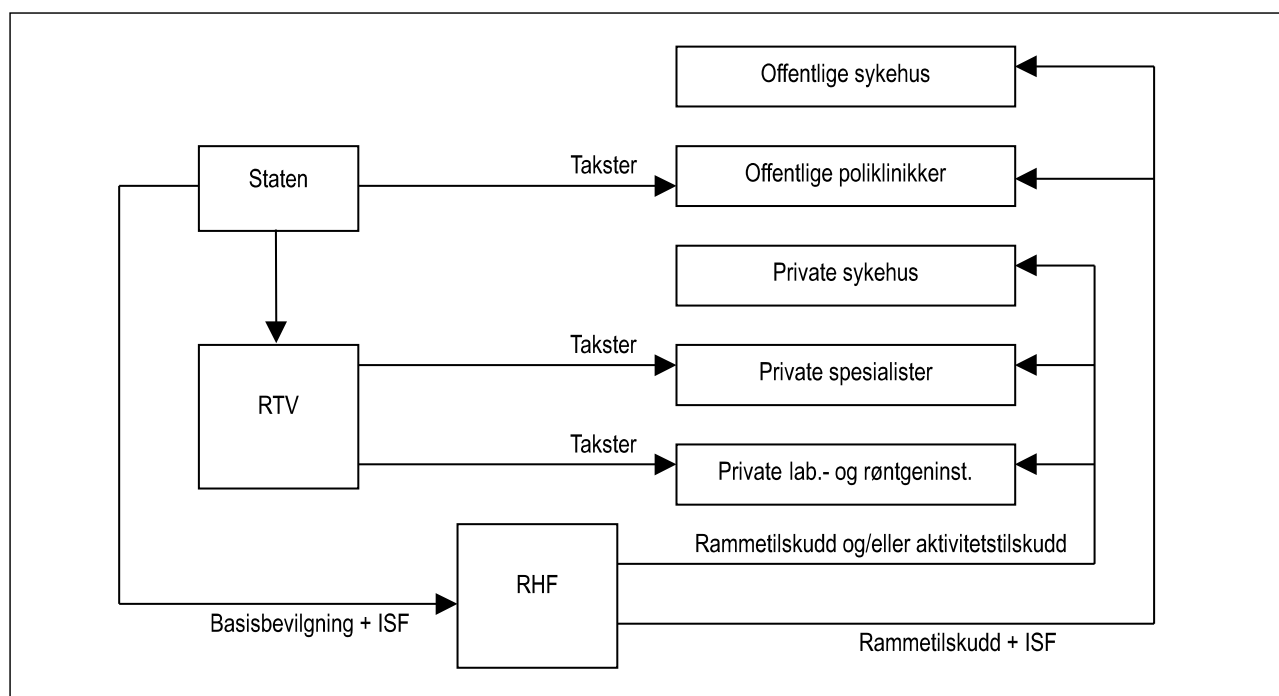
I hovedsak utbetales bevilgningene direkte til landets fem RHF (88 prosent). RHF viderefremidler ulike typer tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Aktørene på tjenesteytende nivå er offentlige sykehus og poliklinikker (helseforetak), private sykehus som har avtale med RHF, private avtalespesialister og private laboratorier og røntgeninstitutt med rett til trygderefusjon.

Tabell 2.1. Bevilgning til spesialisthelsetjenesten i 2003 (mrd. kroner).

Basisbevilgning mm. (utbetalt til RHF)	33,4
Innsatsstyrt finansiering (utbetalt til RHF)	16,9
Refusjon poliklinikk (utbetalt til helseforetak)	3,8
Refusjon spesialisthjelp (utbetalt til leger og psykologer)	1,4
Refusjon til private laboratorier og røntgeninstitutt (utbetales direkte)	0,6
Annet (bl.a. opptreningsinstitusjoner og sykebehandling i utlandet)	0,8
Sum	56,8

Det går et hovedskille mellom aktivitetsuavhengige og aktivitetsavhengige tilskudd:

- Basisbevilgningen til RHF er det viktigste aktivitetsuavhengige tilskuddet. RHF viderefremidler dette tilskuddet til tjenesteytende nivå,



Figur 2.1. Pengestrømmene i spesialisthelsetjenesten, dagens ordninger (RTV: Rikstrygdeverket, RHF: regionale helseforetak)

oftest som aktivitetsuavhengig tilskudd, men i noen tilfeller også som aktivitetsbasert tilskudd.

- Det eksisterer ulike aktivitetsbaserte tilskudd. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er det viktigste aktivitetsbaserte tilskuddet. Ordningen omfatter somatiske pasienter som behandles ved innleggelse og dagkirurgi i helseforetak og private sykehus som har avtale med RHF, samt kjøp av dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister. ISF utbetales til RHF som kanaliserer midler til tjenesteytende nivå. De polikliniske refusjonene utbetales i dag direkte til helseforetakene. Private avtalespesialister og psykologer og private laboratorier og røntgeninstitutt mottar refusjoner direkte fra folketrygden.

2.1 Alternative inntektsmodeller for RHF

Et inntektssystem skal bidra til å realisere overordnede mål for helsepolitikken. Ulike modeller for finansiering av RHF må derfor drøftes i forhold til hvordan de ivaretar bl.a. følgende hensyn:

- *Tilgjengelighet*: Tilgang til spesialisthelsetjenester av god kvalitet uten unødig ventetid.
- *Likeverdighet*: Likeverdig behandlingstilbud for en bestemt sykdom uavhengig av bosted, sosial status og betalingsevne.
- *Kostnadskontroll*: Samsvar mellom planlagte og faktiske kostnader.
- *Prioriteringseffektivitet*: Ønsket sammensetning av tjenestetilbudet og prioritering
- *Kostnadseffektivitet*: Et gitt aktivitetsnivå realisert til lavest mulig kostnad.
- *Legitimitet*: Finansieringssystemet skal være forutsigbart, enkelt og forståelig.

Den perfekte inntektsmodell som tilfredsstillende alle hensyn finnes ikke. Til dels motstridende hensyn må veies mot hverandre. Dagens system er grovt sett en kombinasjon av rammefinansiering (basisbevilgning mv.) og aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og poliklinikktilskudd mv.). Rammefinansiering og aktivitetsbaserte tilskudd er ytterpunktene i diskusjonen av ulike finansieringsordninger, og begge har styrker og svakheter i forhold til de overordnede målsettingene. For eksempel kan rammefinansiering av tjenesteprodusenter gi svakt insentiv til effektivitet fordi det ikke er noen kobling mellom aktivitet og inntekt. Aktivitetsbaserte tilskudd gir derimot sterk kobling mellom aktivitet og inntekt, og vil av denne grunn kunne medføre

svekket styring med samlede utgifter til spesialisthelsetjenester.

NOU 2003: 1 drøfter flere alternative inntektsmodeller for RHF. Utvalget sto til slutt igjen med to modeller:

1. Videreutvikling av dagens blandingsmodell (mindretallets forslag).
2. «Aktivitetskrav med toppfinansiering» (flertallets forslag).

Disse inntektsmodellene vil bli drøftet nærmere nedenfor, i tillegg til en modell med ren rammefinansiering. Utvalgets forslag om et særskilt teknisk beregningsutvalg blir også tatt opp.

2.1.1 Ren rammefinansiering

Fylkeskommunene var fram til 1997, da ordningen med innsatsstyrt finansiering ble innført for pasienter med somatiske lidelser, i praksis rammefinansiert. Det vil si at fylkeskommunene fikk en økonomisk ramme fra staten som det ikke var knyttet bestemte produksjonskrav til. Denne økonomiske rammen skulle fordeles på de ulike tjenestoområdene i fylkeskommunen avhengig av lokale behov.

Rammefinansiering mellom sentralt nivå og regionale bestillere brukes i flere land, deriblant Storbritannia og New Zealand. Storbritannia har et relativt lavt utgiftsnivå, men har problemer med lange ventetider og planlegger å øke bevilgningene til sykehusformål betydelig i årene framover. New Zealand er i 2003 i ferd med å innføre en kriteriebasert (behovsbasert) rammefinansiering mellom statlig nivå og regionnivå. De regionale styrene på New Zealand, som blir rammefinansiert, står imidlertid nokså fritt til å velge hvordan de ulike tjenestene skal finansieres. Disse har i noen grad fortsatt å benytte DRG-basert prising i finansieringen av tjenestene i 2003. DRG-systemet er nærmere omtalt i boks 2.1.

I Sverige og Danmark er det hhv. landstingene og amtene som eier og står for finansiering av sykehusene. Landstingene og amtene er hovedsakelig finansiert med rammetilskudd fra staten og skatteinntekter. I Sverige og Danmark har kommunesektoren en friere beskatningsrett enn i Norge, selv om beskatningsretten i perioder har vært begrenset. Sykehuseierne i Sverige og Danmark vil som følge av beskatningsretten være bedre rustet enn RHF til å håndtere økonomiske konsekvenser som følge av at flere pasienter enn forutsatt trenger behandling. De fleste landsting har innført finansiering basert på DRG-systemet. Som omtalt under 2.1.2, vil også Danmark ta i bruk

aktivitetsbasert finansiering av sykehusene basert på DRG.

Fordeler med rammemodellen:

- Bygger opp under helhetlig ansvar for RHF
- Prioriteringsnøytral – marginalinntekt lik 0 for alle pasientgrupper/aktiviteter
- Enkel å administrere og forutsigbar
- Legger godt til rette for geografisk likeverdig tilbud
- Erfaringsmessig god kostnadskontroll

Ulemper med rammemodellen:

- RHF må bære all økonomisk risiko ved overskridelser av budsjett, og vil derfor trolig være tilbakeholdne med å aktivitetsfinansiere helseforetakene
- Dersom helseforetakene rammefinansieres, gir det svake insentiver til effektiv ressursutnyttelse og økt aktivitet.

Rammefinansieringsmodellen har i perioder medført god kostnadskontroll, dvs. samsvar mellom planlagte og faktiske utgifter til spesialisthelsetjenester. Modellen er enkel og forutsigbar, og understøtter sørge for ansvaret til RHF. Marginalinntekten er lik null for all pasientbehandling, og modellen er således prioriteringsnøytral. Modellen er derfor mindre utsatt for uønskede vridninger i pasienttilbudet enn dagens modell med ISF-finansiering kun for somatiske pasienter. Rammefinansieringsmodellen har i perioder også bidratt til sterk grad av rasjonering av helsetjenester. Særlig i slutten av 80-årene og i begynnelsen av 90-årene ble ventetidene til planlagt (elektiv) behandling uakseptabelt lange. Økte ventetider vil erfaringsmessig utløse behov for tilleggsbevilgninger. Slike tilleggsbevilgninger vil, særlig dersom de er et resultat av manglende effektivitet, kunne undergrave styringsautoriteten RHF og ledelsen ved helseforetakene er avhengige av for å gjennomføre nødvendig omstilling og effektivisering.

Hagenutvalget peker på at en ren rammefinansieringsmodell vil føre til at RHF selv må bære hele den økonomiske belastningen dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt. RHF vil da antakelig være tilbakeholdne med å inngå aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene slik at penger følger pasienten. Rammefinansiering av fylkeskommunene medførte da også at sykehusene ble rammefinansiert, hvilket ga svake økonomiske insentiver til økt pasientbehandling og til å utnytte sykehuskapasiteten best mulig. Analyser gjennomført i perioden før innføring av ISF har vist at økte rammebevilgninger medførte fall i sykehusenes effektivitet. De negative erfaringene med rammefinansi-

ering vil kunne gjenta seg også innenfor dagens eierskap og foretaksorganisering.

Bedre grunnlag for å beskrive sykehusenes aktiviteter kan imidlertid bidra til at rammefinansiering vil fungere bedre nå. RHF vil nå ha bedre muligheter til å knytte aktivitetskrav til rammebevilgningen (kostnads-volumkontrakt), og de vil ha muligheter for å sammenlikne kostnader mellom sykehus/foretak. Dette er forhold som kan bidra til høyere effektivitet og utnyttelse av sykehusenes kapasitet.

I tillegg kan styrkede pasientrettigheter gi bedre forutsetninger for at rammefinansiering skal kunne fungere tilfredsstillende. Om lag halvparten av ventelistepasientene omfattes av forslag om rett til individuell behandlingsfrist (jf. Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)). Lovforslaget innebærer bl.a. at pasienten har krav på behandling privat eller i utlandet dersom den offentlige spesialisthelsetjenesten ikke overholder den individuelle fristen. Slik behandling skal dekkes av pasientens bosteds-RHF. Dette representerer en betydelig styrking av pasientenes rettigheter, og gir samtidig RHF et sterkt økonomisk insentiv til å overholde de individuelle tidsfristene. Derfor vil lovforslaget, for de som omfattes, ventelig ivareta ønsket tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester også innenfor en modell med rammefinansiering av RHF. Den øvrige halvdel av ventelistepasientene vil ikke omfattes av ny rett til helsehjelp, og for disse vil modellen kunne medføre at ventetidene på nytt øker. Regjeringen finner på denne bakgrunn ikke å ville tilrå en modell med ren rammefinansiering av RHF.

2.1.2 Blandingsmodell

Med blandingsmodell menes videreutvikling av dagens modell med en kombinasjon av innsatsstyrt finansiering av somatisk behandling (ISF) og basisbevilgning.

Dagens modell ble innført i 1997 for å stimulere til økt aktivitet og reduserte ventetider. I 2003 er ISF-satsen 60 prosent. Mindretallet i Hagenutvalget går inn for å videreutvikle dagens modell for somatiske pasienter, og at den gradvis utvides til å omfatte aktiviteter som i dag er rammefinansiert (psykiatri, habilitering, rehabilitering, forskning, utdanning mv.).

I utvalgets innstilling vises det til at stadig flere land velger å ta i bruk DRG for kartleggings- og budsjettformål eller for finansieringsformål. I Danmark er regjeringen og amtene (sykehuseierne) enige om å aktivitetsfinansiere sykehusene basert på DRG-systemet fra 2004. Det er lagt opp til at 20

Boks 2.1. Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold (pasienter) i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Det er i alt 510 diagnoserelaterte grupper. Grupperingen bygger på 10 000 diagnoser og 2500 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk forenkling av den kliniske virkeligheten.

Enhver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgruppen i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt om lag lik 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt nær 26. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være 26 ganger større enn for en gjennomsnittspasient.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats

pst av bevilgningene til det enkelte sykehus skal være avhengig av aktivitet. Målet er få mer aktivitet ut av ressursene gjennom å øke fokus på aktivitet og kostnader.

Fordeler med dagens blandingsmodell:

- Bedre risikodeling mellom RHF og stat enn ved rammefinansiering.
- Legger til rette for aktivitetsfinansiering av helseforetak.
- Aktivitetsfinansiering av helseforetak gir insitamenter til å kartlegge kostnader og å identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling.

Ulemper med dagens blandingsmodell:

- For svak kostnadskontroll
- Fare for uønsket vridning fordi ikke alle pasienter og lovpålagte aktiviteter er omfattet av ISF-ordningen.
- Komplisert ordning som krever betydelige administrative ressurser til kontroll, vedlikehold og utvikling, og systemet kan misbrukes.
- Høy refusjonssats kan stimulere til overkapasitet

et på enkelte områder (manglende prioriteringseffektivitet).

Det vil alltid være en viss usikkerhet knyttet til fremtidige behov for helsetjenester, og den økonomiske usikkerheten forsterkes av at pasientenes rett til behandling og fritt sykehusvalg skal være dekket til enhver tid. ISF medfører statlig ansvar for kostnader ved flere pasientbehandlinger enn planlagt. Slik risikodeling er et viktig rasjonale bak ISF.

2.1.2.1 Tilgjengelighet og effektivitet med blandingsmodellen

Omfang av behandlingsaktivitet bestemmes av basisbevilgning, nivået på ISF-satsen, lokale kostnadsforhold og effektivitetsfremmende tiltak. Ved ISF er statens økonomiske risiko knyttet til antall behandlinger, mens RHF bærer risiko for ineffektiv drift. Dette legger til rette for at RHF også aktivt finansierer helseforetakene, og at disse får insitamenter til å identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling.

Innføringen av ISF-ordningen i 1997 medførte at sykehusene utnyttet ressursene mer effektivt, og effektiviteten, målt ved antall behandlede pasienter sett i forhold til personlinnsatsen, har deretter holdt seg noenlunde stabil, med en tendens til ytterligere forbedring de siste årene. Aktivitetsveksten har også tatt etter innføring av ISF, og det har bidratt til reduserte ventetider. Samtidig har kostnadsveksten fram til 2002 gjennomgående vært høy, og kostnadene per behandlet pasient har reelt sett økt i perioden 1997 til 2002. Fallet i kostnadseffektiviteten var særlig stort i 1999.

2.1.2.2 Prioriteringseffektivitet med blandingsmodellen

ISF er ikke prioriteringsnøytral. Blandingsmodellen kan derfor innebære utilsiktet vridning bort fra pasienter og lovpålagte oppgaver som ikke omfattes av ISF-ordningen. Eksempler er pasienter med psykiske lidelser, habilitering av funksjonshemmede, undervisning, forskning, forebyggende arbeid mv. Hagenutvalget viser til at det så langt ikke er dokumentert at ISF faktisk har medført uønskede vridninger i tjenestetilbudet.

ISF-refusjonen er basert på gjennomsnittskostnaden for DRG (jf. boks 2.1 og omtale under 2.1.2.4). Selv om DRG-systemet fanger opp mye av heterogeniteten i pasientmassen, kan det innenfor hver enkelt DRG være forholdsvis stor variasjon i faktiske behandlingskostnader. ISF vil gi god dek-

ning av behandlingskostnaden for enkelte pasienter og dårlig for andre. Det vil dermed, innenfor en DRG, være økonomisk fordelaktig å behandle mindre ressurskrevende pasienter fremfor mer kostnadskrevende. Prioritering av pasienter ut fra slike lønnsomhetsvurderinger er i strid med intensjonen med ISF-ordningen.

En nødvendig forutsetning for nasjonal styring med den samlede ressursbruken i sykehusene både mht. samlet omfang og sammensetning av tjenestetilbudet, er at ISF-refusjonen, som gjennomsnitt, ikke overstiger marginalkostnadene – dvs. kostnaden ved å behandle en ekstra pasient. Marginalkostnad er ikke en lett identifiserbar størrelse, og vil variere mellom sykehus, innad i sykehus og mellom behandlingsformer. Settes ISF-satsen for høyt, vil modellen ikke ivareta hensynet til prioriteringseffektivitet i helsesektoren. ISF som overslagsbevilgning vil, sammen med en sats lik eller større enn marginalkostnaden, innebære at pasientbehandling som omfattes av ISF-ordningen blir unntatt fra ordinær budsjettmessig prioritering. Innenfor forsvarlige økonomiske rammer for statsbudsjettet, vil det måtte skje på bekostning av andre viktige oppgaver, herunder å sikre et godt behandlingstilbud til pasienter som ikke omfattes av ISF-ordningen. Det er ikke ønskelig.

De siste årene har det vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, noe som har ført til reduserte ventetider. Samlet aktivitetstnivå i 2003 forventes å ligge om lag 12 prosent over nivået i 2000 for behandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering. Økt behandlingsskapasitet har vært viktig for å svare på pasientbehov som tidligere ikke har vært godt nok ivaretatt. Flere sykehus averterer nå ledig kapasitet. Dette illustrerer at det frie sykehusvalget, understøttet av prinsippet om at penger følger pasienten, bidrar til konkurranse om pasientene og bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Det kan imidlertid ikke utelukkes at dette også er tegn på en viss overkapasitet. En slik situasjon kan medføre et ønske om å utløse ISF-refusjon og poliklinikkrefusjoner ved å behandle pasienter med mindre alvorlige lidelser med liten medisinsk nytte, eller foreta kontroller av pasienter som alternativt kunne vært tilbakeført til primærhelsetjenesten. Dette er ressurser som alternativt kunne hatt større nytte dersom de hadde kommet pasientgrupper til del som ikke omfattes av ISF-ordninger, for eksempel pasienter med psykiske lidelser.

2.1.2.3 *Kostnadskontroll med blandingsmodellen*

Kostnadskontroll for staten forutsettes ivaretatt blant annet gjennom at ISF-satsen som gjennomsnitt ikke skal dekke marginalkostnadene, og at basisbevilgningen dermed blir bestemmende for hvor stor den samlede aktiviteten kan bli. RHF har ansvar å sikre at basisbevilgningen ikke overskrides slik at det oppstår driftsunderskudd.

Aktivitets- og kostnadsutviklingen innenfor den aktivitetsfinansierte somatiske virksomheten i sykehusene har de siste årene gjennomgående blitt høyere enn planlagt i de årlige statsbudsjett. Det kan ikke utelukkes at dette har vært en medvirkende årsak til underskudd i sykehusene fram til 2002 og behov for tilleggsbevilgninger for å unngå uakseptable nedskjæringer i pasienttilbudet. Dagens modell har derfor så langt ikke fungert godt nok med hensyn til styring med samlet ressursbruk.

En undersøkelse utført av PricewaterhouseCoopers i 2002 peker bl.a. på at følgende forhold kan forklare styringsvanskene i sykehus:

- Mangelfull plan- og budsjettprosess. Aktivitet planlegges uavhengig av budsjett.
- Manglende økonomisk analyse av nye behandlingsmetoder, teknologi, flaskehalser mv.
- Mangelfull oversikt over legers tidsbruk (leger genererer både kostnader og inntekter).
- Fullmakter delegeres uten nødvendig styringssystem, og med uklart resultatansvar for avdelingsledelse.

Staten har i sin styringsdialog med RHF lagt vekt på behovet for å bedre økonomistyringen i sykehusene, og de RHF tar nå systematisk tak i dette. Dette arbeidet må videreføres uansett hvilken hovedinntektsmodell som velges.

2.1.2.4 *Forutsigbarhet, legitimitet og enkelhet med blandingsmodellen*

Intensjonen er at ISF-utbetalingene skal avspeile all reell aktivitet. Fram til ISF-ordningen ble innført, var det forholdsvis svake økonomiske insentiver til å registrere fullstendig i henhold til DRG-kodeverket, og registreringen var derfor mangelfull. Det er ønskelig med så god og riktig aktivitetsregistrering som mulig. Mer komplett registrering kunne imidlertid ha ført til økte utbetalinger gjennom ISF-ordningen for reelt sett samme aktivitet. Dette ville være en utilsiktet effekt, og for å unngå det, var det fram til 2002 satt et tak for årlig endring i DRG-indeksen som ville kvalifisere for ISF-utbetaling, det såkalte kryptaket. Fra og med

2002 ble denne ordningen erstattet med en praksis der enhetsprisen reduseres svarende til økning i DRG-indeksen som følge av endret registrering. Problemet med kryptaket var både knyttet til uforutsigbarhet om hva utbetalingene ville bli, og til fare for uønsket vridning i pasienttilbudet. Det siste oppstod fordi det, når kryptaket var nådd, ble gitt en lik utbetaling for alle pasienter uavhengig av hvor ressurskrevende de var. Kostnadsdeknningen kunne da bli meget høy for lite ressurskrevende pasienter og svært lav for ressurskrevende pasienter. Det vil også framover være nødvendig med særskilte tiltak for å sikre at det ikke gis økonomisk uttelling for endret registreringspraksis.

Systemet kan misbrukes ved at det bevisst kodes ulovlig for å øke utbetalingene. Det er imidlertid også en gråsoner mellom det som er anbefalt kodingspraksis og hva som er klare brudd på spillereglene i ISF. Det er vanskelig å definere klart hvor grensene skal gå. ISF krever derfor systemer for overvåking og kontroll. Norsk pasientregister foretar hvert år en grundig kvalitetskontroll av data fra sykehusene i forbindelse med endelig avregning. Dersom gjennomgangen avdekker forhold som skaper tvil om utbetalingsgrunnlaget, vil saken bli fremmet for Avregningsutvalget. Avregningsutvalget er departementets rådgivende utvalg for å avklare om utbetalingene i ISF er i tråd med intensjonen bak finansieringsordningen, eller om det er grunnlag for å foreta endringer.

Sintef Unimed/Norsk pasientregister har, på oppdrag fra Avregningsutvalget, gjennomgått diagnosekoder og prosedyrekoder i 500 pasientjournaler fra 2001 fra et utvalg av landets sykehus. Rapporten viser følgende:

- I fire av ti tilfeller medførte journalgjennomgangen revidert koding. Rettingen slår ut i begge retninger økonomisk.
- Prisen det enkelte sykehus får betalt for å gi pasienter med samme diagnose nøyaktig samme behandling varierte sterkt.
- Sykehusene kodet mer lønnsomt nå enn de gjorde for få år tilbake.

Journalgjennomgangen viser at om lag 30 prosent av oppholdene fikk endret DRG-plassering, som medførte en endring i refusjonsgrunnlaget på om lag 4 prosent. Rapporten påpeker at diagnosesetting og pasientklassifisering ikke er presis eller eksakt vitenskap, og at en slik gjennomgang derfor høyst sannsynlig vil avdekke et visst avvik. Kryptaket sikret at fylkeskommunene samlet sett ikke fikk urettmessig utbetalt for endret registrerings-

praksis. Kostnadsrevisjoner sikrer at gjennomsnittsrefusjonen fanger opp og gjenspeiler endret registreringspraksis på sykehusene. Selv om en skal være varsom med å generalisere fra de 500 pasientoppholdene som er undersøkt, gir rapporten gode holdepunkter for mer målrettede forbedringstiltak både når det gjelder kodingspraksis og ISF-ordningen.

DRG-systemet er komplisert, og må oppdateres løpende for å sikre at nye og prioriterte tilbud er dekket og at kostnadsvektene avspeiler kostnadsforhold på riktig måte. Mangelfull oppdatering og videreutvikling kan forsinke nye og ønskede behandlingsmetoder og medføre uønskede vridninger i pasienttilbudet. Kompleksiteten i systemet innebærer imidlertid at det ikke vil være mulig å være a jour med den medisinsk-teknologiske utviklingen til enhver tid. Målet er å ha et oppdatert system, og ressursinnsatsen vil bli økt for å ivareta dette. Departementet vil sørge for at utviklingsarbeid skjer i nær kontakt med relevante fagmiljøer.

Pasientklassifiseringssystemer må brukes og oppdateres uansett valg av inntektsmodell. Problemer knyttet til DRG-systemet, som er nevnt ovenfor, vil derfor også kunne gjelde ved for eksempel rammefinansiering i kombinasjon med aktivitetskrav, men trolig med noe mindre styrke.

Ordningen er forutsigbar ved at det gis ISF-refusjon for all pasientbehandling. Ordningen har imidlertid blitt kritisert for manglende forutsigbarhet knyttet til tiltak som har vært gjennomført for å unngå utilsiktet utbetaling for endret registreringspraksis. Det er et mål å redusere denne systemusikkerheten. Imidlertid har det i praksis vist seg vanskelig å anslå effekten av endret registrering på forhånd. RHF må derfor fortsatt være forberedt på å håndtere usikkerhet som følge av at ISF-ordningen ikke skal medføre utbetaling for endret registreringspraksis.

2.1.3 Toppfinansieringsmodell

Det er bred enighet i Hagenutvalget om at ISF har egenskaper som bør videreføres. Flertallet peker imidlertid på svakheter ved dagens blandingsmodell, blant annet faren for uønskede vridninger av aktiviteten, og at det ikke er tilstrekkelig felles forståelse mellom staten og RHF av hvilke aktiviteter som kan fullfinansieres med tildelt ramme. Utvalget lanserer modellen «aktivitetskrav med toppfinansiering» som svar på disse svakhetene (jf. boks 2.2).

Boks 2.2. Aktivitetskrav med toppfinansiering – Hagenutvalgets flertallsforslag

1. Stortinget fastsetter en økonomisk ramme for spesialisthelsetjenesten. Det vil være en fordel for planleggingen i spesialisthelsetjenesten om en slik ramme kunne fastsettes i Stortingets vårsesjon.
2. Helsedepartementet fordeler den økonomiske rammen på RHF basert på kriterier som beskriver behov for helsetjenester i den enkelte region.
3. Det etableres et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestene (helse-TBU). Utvalget har medlemmer fra RHF og Helsedepartementet, samt uavhengige representanter. Helse-TBU har som målsetting å dokumentere aktivitets- og kostnadsutvikling på regionalt nivå.
4. Helsedepartementet omsetter den økonomiske rammen for den enkelte region i regionale aktivitetskrav innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder basert på regional kostnadsinformasjon fra helse-TBU, årlige effektivitetskrav og etter konsultasjoner med RHF. Ved uenighet fastsetter staten aktivitetskravene.
5. Behandlingsaktivitet opp til aktivitetskravet fullfinansieres med 100 prosent DRG-pris. Dersom aktiviteten blir lavere enn avtalt, forutsettes det et trekk i rammen på 50–60 prosent av DRG-pris.
6. Aktivitet inntil f.eks. 2 prosent utover aktivitetskravet finansieres med 50–60 prosent av DRG-pris (toppfinansiering) under forutsetning av at alle delmål er innfridd. Ut over dette gis det ingen statlig ISF-refusjon.

Modellen skiller seg først og fremst fra dagens blandingsmodell ved at den forutsetter utgiftstak for aktivitetsbaserte tilskudd, og dermed avvikling av ISF og poliklinikktilskuddet som overslagsbevilgninger. Forskjellen mellom dagens blandingsmodell og en modell med refusjonstak vil være større jo større kostnadsdekning ISF-satsen gir. Dersom refusjonssatsen er vesentlig lavere enn marginalkostnaden, vil det uansett kreves betydelig medfinansiering fra RHF ved høyere aktivitet enn forutsatt. Skillet mellom modellene vil i praksis da være mindre.

2.1.3.1 Tilgjengelighet og effektivitet med toppfinansieringsmodellen

Nivå på behandlingsaktivitet bestemmes av nivået på per capita-rammen, lokale kostnadsforhold og effektivitetsfremmende tiltak i sykehus. Dersom aktiviteten blir lavere enn avtalt, forutsettes det et trekk i per capita-rammen svarende til 60 prosent av DRG-prisen. I dagens kombinasjonsmodell vil sykehusene få et trekk på 60 prosent av DRG-prisen ved avregningsoppgjøret, dersom aktiviteten er lavere enn forutsatt ved fastsettelse av å kontoutbetalingene i ISF.

Modellen gir mulighet for å øke produksjonen som svar på økt etterspørsel opp til det forutsatte refusjonstaket. Derfor bør den være forenlig med aktivitetsbaserte kontrakter mellom RHF og sykehus, som i likhet med blandingsmodellen, stimulerer til effektiv ressursutnyttelse.

2.1.3.2 Kostnadskontroll med toppfinansieringsmodellen

Modellen innebærer at det settes et tak for aktivitetsbasert tilskudd fra staten til RHF. For all aktivitet over dette taket, opphører statlig refusjon og ISF-satsen er lik null. Dette innebærer økt grad av rammefinansiering, som ventelig vil medføre økt kostnadskontroll.

2.1.3.3 Prioriteringseffektivitet med toppfinansieringsmodellen

Hagenutvalgets flertall forutsetter at det skal fastsettes delmål og produksjonskrav for aktiviteter og pasientgrupper som ikke omfattes av ISF-ordningen, og at disse må være oppfylt før toppfinansieringen utløses. En åpenbar fordel med dette, dersom det lar seg gjennomføre i praksis, er at faren for uønskede vridninger reduseres. Det vil imidlertid ta tid å utvikle tilstrekkelig god klassifisering og produksjonsmål for alle aktiviteter og pasientgrupper hvor dette mangler i dag, noe utvalgsflertallet også legger til grunn. Blant annet gjelder dette rehabilitering, habilitering og psykiatri.

Selv om det ikke settes aktivitetskrav knyttet til andre aktiviteter enn de som gir ISF-refusjon, vil modellen likevel kunne være noe mindre utsatt for uønskede vridninger. Det skyldes at når utgiftstaket er nådd, vil marginalinntekten være lik null for alle aktiviteter og pasientgrupper. For all pasientbehandling ut over refusjonstaket, vil finansieringsordningen, i likhet med rammefinansiering, dermed være prioriteringsnøytral.

Utvalgets flertall mener det som et minimum bør etableres presise aktivitetskrav knyttet til:

- DRG-klassifiserbar behandling
- poliklinisk behandling
- forskning og utdanning
- plantall for bruk av private aktører (lab/røntgen og avtalespesialister)

For poliklinisk behandling og private aktører varierer aktivitetsnivået betydelig mellom regioner, og utgiftsveksten er vesentlig mindre forutsigbar og styrbar enn for DRG-klassifiserbar aktivitet. Det tilsier i så fall et større intervall for toppfinansiering enn for aktivitet som omfattes av ISF-ordningen. Avhengig av hvordan et slikt refusjonstak utformes, vil dette kunne bidra til å sementere regionvise forskjeller i poliklinisk behandling og bruk av private tjenesteytere, og dette er uheldig.

Dersom det ikke settes et tak på refusjoner til offentlige poliklinikker, men kun for ISF-finansierte aktiviteter, er det en risiko for at pasienter med lettere lidelser som kan behandles poliklinisk, prioriteres på bekostning av pasienter som bør legges inn. Dersom det fastsettes refusjonstak for offentlige poliklinikker, men ikke for private tjenesteytere med trygderefusjon, kan modellen utilsiktet stimulere til at aktiviteten vris fra offentlige til private tilbydere. Det er ikke ønskelig.

Dette illustrerer at det vil kunne oppstå uønskede vridninger også med toppfinansieringsmodellen, avhengig av hvordan poliklinikktilskuddet og trygderefusjoner ved bruk av private tjenesteytere håndteres.

2.1.3.4 Geografisk likeverdighet med toppfinansieringsmodellen

Modellen gjør det mulig å anvende behovsbaserte fordelingskriterier på hele inntektsgrunnlaget til RHF. Det gjør at modellen i utgangspunktet er noe bedre egnet enn dagens blandingsmodell til å understøtte målet om geografisk likeverdig tilbud. En tilsvarende inntektsfordeling kan imidlertid langt på vei oppnås også innenfor dagens blandingsmodell.

2.1.3.5 Forutsigbarhet, legitimitet og enkelhet med toppfinansieringsmodellen

Toppfinansieringsmodellen fører til at den enkelte lege, avdeling eller sykehus ikke med sikkerhet vil vite om behandling som besluttet iverksatt, vil utløse refusjon. Det medfører økt uforutsigbarhet for RHF og helseforetakene med fare for lav legiti-

met for modellen. Dette er også påpekt av flere av høringsinstansene.

En modell med toppfinansiering ble prøvd ut i 1993 og 1994. Ordningen ble i St.prp. nr. 50 (1993–1994) foreslått avvirket, blant annet begrunnet med at «informasjonsgrunnlaget for å stille produksjonskrav før toppfinansieringsmidler utløses, er mangelfull», og «vanskelighetene med å fastsette omforente og rimelige produksjonskrav gjør at en finansieringsordning som på generell basis er avhengig av slike krav, ikke bør videreføres». Når Hagenutvalgets flertall likevel mener modellen vil kunne fungere bedre i dag, skyldes det blant annet bedre registrering av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Innslagspunktet for toppfinansieringen, og dermed aktivitetskravet, må fastsettes for hvert enkelt RHF. Det vil være økonomisk fordelaktig for det enkelte RHF at aktivitetskravet settes lavest mulig for en gitt inntektsramme. Samtidig vil det fra departementets side være ønskelig å fastsette et krav til høy effektivitet, slik at flest mulig pasienter får behandling for en gitt bevilgning. Grunnlaget for å fastsette et helt presist aktivitetskrav er også i dag mangelfullt. Det enkelte RHF vil ventelig argumentere med særlige kostnadsforhold, omstillingsutfordringer mv. som gjør det vanskelig å komme fram til et omforenet aktivitetskrav. Dette gjør at modellen også i dag vil kunne vise seg vanskelig å administrere på en tilfredsstillende måte, noe som vil kunne svekke modellens legitimitet.

2.2 Høringsuttalelser om hovedinntektsmodell

Høringsinstansene uttaler seg om følgende hovedinntektsmodeller: rammefinansiering, toppfinansiering eller en videreutvikling av dagens blandingsmodell. Noen høringsinstanser gir ikke sin tilslutning til noen av modellene, mens arbeidsgiverorganisasjonen NAVO foreslår utvikling av en ny modell som differensierer finansiering av øyeblikkelig hjelp, elektiv behandling og høyspesialisert behandling.

2.2.1 Tilslutning til rammefinansieringsmodellen

LO ber om at finansieringen gjøres mer rammestyrkt enn det Hagenutvalget legger opp til. Kun få høringsinstanser støtter primært en rammefinansiering.

2.2.2 Tilslutning til blandingsmodellen

Samlet sett er det noen flere høringsinstanser som gir sin tilslutning til dagens blandingsmodell enn toppfinansieringsmodellen.

De fleste arbeidstakerorganisasjonene støtter dagens blandingsmodell. Den norske lægeforening mener at toppfinansieringsmodellen i unødig grad vil velte risikoen for økt behandlingsbehov over på RHF og i neste omgang sykehusene. Videre oppfatter Legeforeningen at modellen innebærer at det innføres en ny variant av kryptaket – en ordning Legeforeningen sterkt anbefalte å få fjernet. Norsk Helse- og Sosialforbund/Norsk Kommuneforbund ønsker en videreføring av dagens blandingsmodell innenfor somatikk, men med redusert stykkpris for å få mer politisk styring. Norsk Sykepleierforbund er skeptisk til om det er mulig å komme fram til avtaler om aktivitet og prioritering av pasientgrupper som eier og RHF er bekvemme med. I tillegg har Helsetjenestens Lederforbund, NITO, Norsk psykologforening og Utdanningsgruppenes hovedorganisasjon uttalt at de ønsker blandingsmodellen.

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon støtter blandingsmodellen. HSH er opptatt av å gi helsetilbydere forutsigbare rammevilkår, og mener at en aktivitetskravmodell vil være ny og kompliserende for sektoren. Videre peker HSH på at aktivitetskravmodellen gir usikkerhet om hva utbetalingene faktisk vil bli gjennom hele driftsåret, og dermed mindre forutsigbarhet.

Sosial- og helsedirektoratet støtter en videreutvikling av dagens blandingsmodell. Når det gjelder toppfinansieringsmodellen, uttaler direktoratet blant annet at denne vil mangle insentiver til å produsere tjenester ut over taket for toppfinansieringen. Det kan være tenkelig at foretakene er i stand til å produsere flere tjenester innenfor den bevilgning de har fått.

Fire av fem RHF støtter blandingsmodellen (Helse Nord RHF, Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør RHF). Helse Vest RHF peker imidlertid på at blandingsmodellen bør foredles innenfor enkelte områder. Helse Øst RHF peker blant annet på at aktivitetskravmodellen innebærer et faktisk tak på aktivitet og at dette kan være uheldig med hensyn til å utnytte ledig kapasitet. Videre uttaler Helse Øst at forslaget i aktivitetskravmodellen om at aktivitetsmål for alle aktiviteter skal nås før toppfinansiering utløses, synes svakt begrunnet, og at det vil kunne føre til uforutsigbare forhold og inefektivitet i helseforetakene mot slutten av et budsjettår. I tillegg vil det lett kunne oppstå problemer med hensyn til definisjoner av måloppfyllelse.

Også Diakonhjemmets sykehus, Haugesund Sanitetsforenings sykehus, Norsk Forening for Cystisk Fibrose, DRG-forum, Buskerud fylkeskommune og Nord-Trøndelag fylkeskommune har uttalt at de støtter blandingsmodellen.

2.2.3 Tilslutning til toppfinansieringsmodellen

En del pasientorganisasjoner støtter toppfinansieringsmodellen. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke ønsker denne under forutsetning av at frittstående rehabiliteringsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet samt syke transport fortsatt finansieres over folketrygden. Også Foreningen for Kroniske Smertepasienter og Norsk Psoriasisforbund støtter toppfinansiering.

Helse Midt-Norge RHF mener at toppfinansieringsmodellen klargjør sammenhengen mellom planlagt aktivitet og ressursbehov. At alle aktivitetskrav må være oppfylt før toppfinansiering kan utløses, vil være insitament til at det ikke blir for stor produksjon av lettere målbar aktivitet. Modellen stiller krav til at staten er tydelig i forhold til hvilken aktivitet som skal gjennomføres. Modellen er videre gunstig for RHF da det forutsettes at rammene for økonomi og aktivitet er klare tidligere på året sammenlignet med i dag.

I tillegg uttaler Kommunenes sentralforbund, Norsk Radiografforbund, Universitetet i Bergen, Fylkesmannen i Vest-Agder og Oslo kommune at de støtter modellen.

2.3 Departementets vurdering og tilråding til hovedinntektsmodell

Formålet med sykehusreformen har vært å legge grunnlaget for en bedre helsetjeneste til befolkningen gjennom helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten, tydeliggjøre ansvar og rollefordeling på alle nivåer og utnytte ressursene som settes inn i helsesektoren bedre. Det er viktig at inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten understøtter disse overordnede målene. Departementet har lagt vekt på at inntektsmodellen skal være forutsigbar. Videre er det lagt vekt på at den skal gi tilstrekkelig økonomisk sikkerhet for at RHF skal kunne bruke aktivitetstilskudd overfor helseforetakene slik at «penger følger pasienten». Det frie sykehusvalg, understøttet av prinsippet om at «penger følger pasienten» skal stimulere til god, rask og effektiv behandling. Blandingsmodellen anses som best egnet til å ivareta disse overordnede hen-

synene. Dagens blandingsmodell har kun virket i vel 1 ½ år etter sykehusreformen. Den nye eierstrukturen gir betydelige muligheter for å videreutvikle modellen og korrigere for uønskede effekter.

Det er nødvendig å ha økt styringsmessig oppmerksomhet rettet mot at ressursene brukes på de prioriterte områdene. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet i tråd med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. En bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning vil understøtte et slikt mål, og redusere faren for uønskede vridninger i tilbudet til pasientene. Derfor tilrår departementet å øke basisbevilgningen og å redusere ISF- og poliklinikk-satsene fra og med 2004 (jf. forslag i St.prp. nr. 1 (2003–2004)).

Det skal settes i verk tiltak for å sikre riktig og mer enhetlig kodepraksis. Klassifiseringssystem bør også utvikles på flere områder, og det tas sikte på å opprette en beregningsgruppe liknende det utvalgflertallet foreslår. For å understøtte RHF sitt sørge for-ansvar, foreslås det at disse fortsatt blir mottakere av ISF-refusjon. Det foreslås også at poliklinikktilskuddet, som hittil er blitt utbetalt til sykehusene, fra 2004 utbetales til RHF. Tilrådingene utdypes og konkretiseres nedenfor.

2.3.1 Hvem bør motta ISF-refusjon og poliklinikktilskudd?

Flertallet i Hagenutvalget går inn for at all finansiering fra staten til spesialisthelsetjenesten kanaliseres via RHF, herunder også ISF og poliklinikktilskudd, jf. begrunnelse i pkt. 4.1.2. Departementet ønsker også å framheve følgende forhold:

- RHF er pålagt sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenester innenfor bevilgninger og rammebetingelser Stortinget vedtar. Inntektene fra ISF og poliklinikktilskudd er i så henseende viktige virkemidler. RHF bør disponere disse midlene for å ivareta pasientgrupper og aktiviteter som ikke omfattes av ordningene, samt for å kunne styre aktiviteten i sykehusene ut fra målet om mer rasjonell arbeids- og funksjonsfordeling.
- DRG-systemet er grovmasket og representerer en forenkling av den kliniske virkelighet, jf. boks 2.1. Systemet egner seg best for kirurgisk behandling og for sykehus med et bredt spekter av pasienter. Systemet vil for eksempel ikke egne seg like godt for spesialisyskehus. ISF-refusjonen bør derfor utbetales til RHF slik at de kan finansiere tjenestene ut fra lokal kunnskap

om sykehusene og pasientsammensetningen ved disse.

Tidligere kunne en frykte at ISF-refusjonene kunne «lekke» til andre sektorer som fylkeskommunen hadde ansvaret for når refusjonene ikke gikk direkte til sykehusene. Denne problemstillingen er ikke aktuell etter sykehusreformen.

Utvalget er delt i synet på når poliklinikktilskuddet bør utbetales til RHF. Flertallet mener en slik omlegging bør iverksettes fra 2004, mens mindretallet foreslår å vente til et felles klassifiseringssystem for poliklinikk og innleggelse er på plass. Helse Midt-Norge RHF påpeker i sin høringsuttalelse at forslaget vil «medføre en betydelig volumøkning i pengestrømmene gjennom det regionale helseforetaket. Dette setter press på å videreutvikle og styre ressursene og systemene innen dette området». Helse Nord RHF støttet mindretallets forslag. Helse Øst RHF uttaler at innføring av nye oppgaver bør synkroniseres med innføringen av de ulike omleggingene i finansieringsordningene.

Ut fra argumentene som er anført, finner departementet det uheldig at poliklinikktilskuddet utbetales direkte til sykehusene. For å understøtte sørge for-ansvaret, foreslås det at poliklinikktilskuddet utbetales til RHF fra og med 2004, i likhet med ISF-tilskuddet. Dette bør, etter departementets syn, kunne gjennomføres uten betydelige administrative merkostnader. Dersom endringen vedtas, krever det endring av Forskrift nr. 1389 om utgifter til poliklinisk legehjelp av 1. desember 2000.

2.3.2 Hvor store bør ISF- og poliklinikkrefusjonene være?

ISF-satsen er økt fra 30 prosent av DRG-pris da ordningen ble innført 1. juli 1997 til 60 prosent av DRG-pris i 2003. Departementet har anslått at poliklinikkrefusjonen og pasientenes egenandeler i sum utgjør noe mer enn halvparten av kostnadene ved poliklinikkene.

Følgende hensyn må avveies når ISF- og poliklinikk-satsene skal fastsettes:

- Høy sats stimulerer til høy aktivitet
- Høy sats fører til svekket styring med sammensetning av tjenestetilbudet (manglende prioriteringseffektivitet)
- Høy sats fører til svekket styring med totale utgifter til spesialisthelsetjenester

Som nærmere omtalt i pkt. 2.1.2.2 og 2.1.2.3, er det uheldig dersom de statlige refusjonene er høyere enn hva det koster å behandle noen flere pasienter

(marginalkostnaden). Refusjonene i ISF er basert på en andel av gjennomsnittlige enhetskostnader knyttet til behandling av de enkelte pasientgruppene (jf. boks 2.1 og omtale under pkt. 2.1.2.4). Gjennomsnittlig enhetskostnad vil normalt ikke være sammenfallende med marginalkostnaden. Ved beregning av gjennomsnittlig enhetskostnad inkluderes i prinsippet alle driftskostnader ved et sykehus. En stor del av disse kostnadene vil være knyttet til å opprettholde en viss kapasitet, og vil dermed ikke variere med mindre aktivitetsendringer. Dette gjelder f.eks. kostnader for støttefunksjoner som administrasjon, renhold og andre tekniske funksjoner. Også ved de kliniske avdelingene finner vi kostnader som i liten grad berøres av mindre aktivitetsendringer, f.eks. kostnader til beredskap, avdelingsadministrasjon, opplæring av personell og teknologiutvikling.

Marginalkostnaden er en størrelse som vil variere mellom ulike sykehus og innenfor et enkelt sykehus over tid, bl.a. avhengig av kapasitetsutnyttelsen. Den kan i noen tilfeller være langt lavere enn den gjennomsnittlige enhetskostnaden, i andre tilfeller høyere. Dersom kapasitetsutnyttingen er svært høy, kan aktivitetsøkning kreve økte investeringer i utstyr, bygningsmessige tilpasninger og bruk av overtidbetaling. Dette er forhold som bidrar til at marginalkostnaden kan bli høyere enn enhetskostnaden. Lite tyder imidlertid på at sykehusene utnytter kapasiteten fullt ut, og analyser viser betydelige effektivitetsforskjeller mellom sykehus. Som følge av dette, er det nærliggende å tro at marginalkostnaden gjennomgående er lavere enn gjennomsnittlig enhetskostnad, og i noen tilfeller også lavere enn dagens ISF-refusjon på 60 prosent av enhetsprisen.

De siste årene har det vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, noe som har ført til reduserte ventetider. Dette har vært viktig for å svare på pasientbehov som tidligere ikke har vært godt nok ivaretatt. Samtidig er ikke behovet for sterk stimulans til videre vekst i pasienttilbudet like stort som følge av dette. På noen områder kan det ikke utelukkes at det nå er en viss overkapasitet. En slik situasjon kan medføre et ønske om å utløse ISF-refusjon og poliklinikkrefusjoner ved å behandle pasienter med mindre alvorlige lidelser med liten medisinsk nytte, eller foreta kontroller av pasienter som alternativt kunne vært tilbakeført til primærhelsetjenesten. Dette er ressurser som alternativt kunne hatt større nytte dersom de hadde kommet pasientgrupper til del som ikke omfattes av ISF-ordningen, for eksempel pasienter med psykiske lidelser. Det er nødvendig med økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes

på de prioriterte områdene. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet i tråd med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. En bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning vil understøtte et slikt mål. Det foreslås derfor å øke basisbevilgningen tilsvarende en reduksjon i ISF-satsen fra 60 til 40 prosent. Dette vil redusere faren for uønsket vridning i pasienttilbudet. Departementet mener at det er viktig å opprettholde en balanse mellom de ulike systemene for aktivitetstilskudd i sykehus. Reduksjonen av poliklinikkstatsene er derfor i samme omfang som for ISF-satsen. Basisbevilgningen økes tilsvarende reduksjonen i satsene fra 2004. Forslaget gjelder ikke for laboratorie- og røntgenvirksomheten ved de offentlige poliklinikkene, jf. kap. 5 hvor en foreslår en omlegging fra 2005.

RHF står fritt til å vurdere om de vil bruke andre satser overfor helseforetakene, både når det gjelder ISF og poliklinikkordningen. Disse satsene kan også være høyere enn statens satser, gitt at RHF kan håndtere den økonomiske usikkerheten det medfører.

2.3.3 Tiltak for bedre styring og kontroll med ISF- og poliklinikkordningene

Både Helsedepartementet og RHF har satt i gang arbeid for å bedre kvalitet på koding og kontroll av ISF-ordningen. Arbeidet er først omtalt i St.prp. nr. 65 (2002–2003), og omfatter blant annet bedre overvåking av registreringsgrunnlaget og tiltak for å sikre mer enhetlig og standardisert koding. Videre arbeid er omtalt i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Hovedtiltakene som foreslås der er å tidsbegrense muligheten for etterregistrering av aktivitet og å vurdere å gå over fra tertialvis til kvartalsvis aktivitetsrapportering. Departementet gjennomfører også ekstraordinære kontrolltiltak for tilskuddene til offentlig poliklinikk og privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet.

2.3.4 Utvikling av ISF-ordningen og pasientklassifiseringssystemer

Et pasientklassifiseringssystem systematiserer opphold eller aktivitet i grupper som er mest mulig homogene, så vel medisinsk-faglig som kostnadsmessig. Dette gjør det lettere å sammenligne pasientsammensetning, aktivitet og ressursbruk mellom sykehus. Det mest kjente pasientklassifiseringssystemet er DRG som brukes på somatiske sykehus (jf. boks 2.1).

Utvikling av klassifiseringssystemer er viktig både for å få bedre styringsinformasjon og for å

kunne utvide ISF-ordningen til å inkludere pasientgrupper som i dag ikke omfattes. Det vil gjøre blandingsmodellen mindre utsatt for uønskede vridninger i pasienttilbudet.

I tråd med NOU 2003: 1, foreslår departementet å sette i gang utvikling av klassifiseringssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder psykiatri, rusmiddelomsorg, rehabilitering og habilitering, høyspesialiserte somatiske tjenester samt enhetlig kodeverk for laboratorieprøver. Et pasientklassifiseringssystem for psykiatri prioriteres høyt. Det er usikkert om det er mulig å komme fram til brukbare klassifiseringssystemer på alle områder. Utvikling av systemer for måling av aktivitet er tidkrevende, og eventuelle nye systemer vil tidligst kunne tas i bruk om tre til fem år.

Det har vært Stortingets forutsetning at finansieringssystemet for dagmedisinsk behandling, herunder behovet for å innføre egne refusjonstakster for dagbehandling av indremedisinske pasienter gjennomgås. Helsedepartementet har satt i gang arbeid med et felles klassifiseringssystem for all somatisk behandling, inkludert poliklinikker og private spesialister, herunder komplettering av et eksisterende kodeverk for medisinske prosedyrer. Det vises til nærmere omtale i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Ved videreutvikling av DRG, må en ha in mente at videreutvikling også kan føre til at systemet blir mer komplekst. For eksempel kan et system som er mer treffsikkert i forhold til høyspesialisert behandling bestå av flere DRG enn en har nå, noe som øker kompleksiteten.

De fleste høringsinstansene har uttalt seg om hele eller deler av forslagene til Hagenutvalget på området pasientklassifiseringssystemer. Det er overvekt av positive høringsuttalelser når det gjelder utvikling av systemer innenfor alle nye områder. Innenfor psykiatrien er det likevel en del som er skeptiske til om dette er mulig. Norsk Helse- og Sosialforbund/Norsk Kommuneforbund sier «Nei til en utvidelse av stykkprisfinansiering» på alle nye områder. Departementet understreker at et pasientklassifiseringssystem er viktig som styringsinformasjon, uten at dette nødvendigvis brukes ved finansiering av helsetjenester. DRG-systemet var lenge i bruk for aktivitetsregistrering av somatisk pasientbehandling, før det i 1997 ble tatt i bruk som grunnlag for finansieringssystem i hele landet.

2.3.5 Opprettelse av beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU)

Flertallet i Hagenutvalget foreslår å opprette et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten. Det er få høringsuttalelser om dette. Av de som uttaler seg, støtter de fleste at det opprettes et helse-TBU. Dette gjelder blant annet Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke, Norsk Forening for Cystisk Fibrose, Utdanningsgruppens Hovedorganisasjon og Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon. Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Øst RHF støtter også innføring av et helse-TBU.

I tråd med Hagenutvalget og flere høringsuttalelser ønsker departementet å opprette et beregningsutvalg med representanter fra RHF, berørte departement og uavhengige representanter. Beregningsutvalget skal bl.a. foreta statistisk bearbeiding av aktivitets- og kostnadsdata og gi sin faglige vurdering av økonomi- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Dette vil være nyttig for departementet når kostnadsutvikling skal analyseres, effektivitetskrav fastsettes og DRG-system og fordelingsnøkkel skal ajourføres og oppdateres.

2.4 Hovedinntektsmodell for RHF: oppsummering av tiltak

1. Dagens blandingsmodell med ISF og basisbevilgning foreslås videreført og videreutviklet.
2. Det tas sikte på å utvikle pasientklassifiseringssystemer der dette mangler i dag.
3. Basisbevilgningen økes tilsvarende en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent og en reduksjon av poliklinikkatsene i samme omfang.
4. Poliklinikktilskudd utbetales til RHF fra 2004, på samme måte som for ISF.
5. Det foreslås opprettet et beregningsutvalg med deltakelse fra RHF, berørte departement og ekstern forskerkompetanse.

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) omtales også tiltak for å styrke kontrollen med ISF- og poliklinikkordningene.

3 Bestiller- og utførerrollen og forholdet til private aktører

Et skille mellom bestiller- og utførerrollen gjør ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom myndighetsorgan (bestiller) og tjenesteprodusent (utfører) tydeligere. Det bygger på kontraktstyring hvor bestiller definerer innhold og kvalitet på tjenester, og utfører er ansvarlig for produksjon og leveranser i tråd med bestilling.

Regjeringen har uttrykt at et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom rollene som bestiller og utfører av helsetjenester skal utredes som ledd i oppfølgingen av sykehusreformen. Stortinget har bedt om at en slik gjennomgang omfatter all spesialisthelsetjeneste, herunder tjenester fra privatpraktiserende spesialister, private laboratorier og private røntgeninstitutter, jf. B.innst. S. nr. 11 (2002–2003). Problemstillingen er også behandlet av Hagenutvalget. Dette kapitlet behandler spørsmålet om et skille mellom bestiller og utfører med bakgrunn i den organisatoriske løsningen som er valgt for helseforetakene.

Helseforetaksmodellen baserer seg til en viss grad på et skille mellom bestiller- og utførerfunksjonene ved at det er en rolledeling mellom RHF på den ene siden og helseforetak og andre leverandører av spesialisthelsetjenester på den andre. Sørge for-ansvaret innebærer at RHF har en bestillerfunksjon. Det betyr at RHF må trekke opp retningslinjer for hvilke behov som skal dekkes, og påse at dette blir fulgt opp gjennom styring og bestilling. RHF eier regionens helseforetak og er dermed også ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen.

Bestillerrollen og elementer av utførerrollen er dermed samlet hos RHF. Et konsekvent skille mellom de to funksjonene hadde forutsatt utstrakt bruk av anbuds- og konkurranseteknikker. Vurderingen har vært at det i store deler av landet ikke foreligger mulighet for å etablere reell konkurranse for hele omfanget av tjenester. Det er også lagt vekt på at opplegget vil kreve drift av et omfattende kontraktssystem, og det er ikke godtgjort at dette vil gi en bedre helsetjeneste.

I Helsedepartementets styringsdokumenter for 2002 og 2003 er det fokusert på at RHF må legge vekt på å etablere systemer som kan hindre negative utslag av den integrerte modellen. Særlig er det

fokusert på betydningen av at private aktører blir håndtert på en korrekt måte.

Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) berører problemstillingen ved at pasienters lovfestede rettigheter styrkes gjennom rett til individuell behandlingsfrist, og at rett til fritt sykehusvalg også skal omfatte private sykehus som har avtale med RHF. Lovforslaget innebærer at deler av tjenesteetterspørselen forvaltes av et statlig organ under Rikstrygdeverket, utenfor helseforetakene. Organet vil ha ansvar for bestilling av helsetjenester hos private tilbydere eller i utlandet når behandlingsfrist er overskredet for pasienter med rett til behandling. Forslaget er ikke til hinder for at pasientens RHF eller Rikstrygdeverket finner et tilbud i den offentlige helsetjenesten i Norge som er like tilfredsstillende for pasienten.

3.1 Hagenutvalgets forslag om forholdet til tjenesteytende nivå

Hagenutvalget har vurdert bestilleransvaret ut fra rollene som er tillagt RHF og ut fra den mangelfulle samordningen mellom primærhelsetjenesten og sykehussektoren. Utvalget drøfter blant annet å skille ut bestillerkompetansen og legge den til kommunene, etablering av en særskilt statlig bestillerorganisasjon, samt et tydeligere organisatorisk skille innenfor dagens modell. Utvalget konkluderer med at forholdet til private tjenesteytere kan håndteres innenfor dagens organisasjonsmodell. For å begrense rollekonflikten foreslår utvalget at:

- RHF må utvikle avtaler som gir langsiktighet for private helsetilbydere.
- Private helsetilbydere inngår avtaler med RHF, og ikke med de enkelte helseforetak.
- RHF bør legge til rette for direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til private sykehus og spesialister som RHF har avtale med.

Disse forslagene er ivaretatt gjennom styringssignaler til RHF i styringsdokumentene for 2003.

3.2 Høringsinstansenes syn på forholdet til tjenesteytende nivå

De fleste høringsinstansene støtter utvalgets forslag i forhold til private tjenesteytere, med unntak av en del av organisasjonene på arbeidstakersiden, og enkelte fylkeskommuner. LO og Norsk Helse- og Sosialforbund/Norsk Kommuneforbund er generelt mot økt utnyttelse av private aktører og markedsorientering. Utdanningsgruppenes Hovedorganisasjon er skeptisk til økt bruk av private aktører som utelukkende vil forholde seg til deler av pasientpopulasjonen. Norsk sykepleierforbund er skeptisk til likestilling mellom private og offentlige tilbydere, og frykter en forrykning av dagens balanse mellom privat og offentlig virksomhet. Forbundet peker på habilitetsproblemer for RHF og etterlyser en mer omfattende utredning av bestiller/utførerrollen. Konkurransetilsynet bemerker at RHF har en rollekonflikt som eier og bestiller. De private sykehusene Diakonhjemmet og Hauge-sund Sanitetsforenings Revmatismesykehus er opptatt av at statlige helseforetak og private, ideelle sykehus har forutsigbare og likeverdige vilkår. Oslo kommune mener det bør utredes og drøftes forsøksordninger med kommunalt bestilleransvar for spesialisthelsetjenester. Skedsmo kommune foreslår at bestillerfunksjonen i hver helseregion kan ivaretas gjennom interkommunalt samarbeid.

3.3 Departementets vurdering og tilråding om bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører

En formell rolleatskillelse er ment å skulle gi effektivitets- og produktivitetsgevinster. En rolledeling vil bevisstgjøre slik at oppdrag og bestillinger prioriteres, spesifiseres og ses i sammenheng. Det vil samtidig gi utførende virksomheter mer tydelige oppdrag og bedre grunnlag for helhetlig driftsplanlegging. Argumenter mot et sterkt formalisert skille er blant annet erfaringene med delte modeller i Sverige og Storbritannia. Farene er økt byråkrati, store administrasjonskostnader og store behov for kompetanse og ressurser i forbindelse med avtaleutforming og -oppfølging. Også New Zealand har hatt en bestiller/utfører-modell med store kjøperorganisasjoner og konkurranse på sykehussiden, men har beveget seg mot større grad av tradisjonell styring gjennom regionale styrer. Den norske modellen, som ikke er en typisk bestiller/utfører-modell, ble valgt begrunnet med risiko for byråkrati og spillsituasjoner, mangel på nødvendig kompe-

tanse og, som nevnt ovenfor, begrensede forutsetninger for etablering av konkurranse. Et dansk utvalg har vurdert erfaringer med bestiller/utfører-modellene i Sverige, New Zealand og England. Utvalget konkluderer blant annet slik (Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende utvalg, januar 2003):

- En konstaterer ikke overbevisende produktivitetsforbedringer – i beste fall kun en svak stigning.
- Det er ikke funnet overbevisende tegn på økt kvalitet.
- Det samlede utgiftsnivået har steget.

Staten har plikt til å organisere helsetjenesten slik at sørge for-ansvaret er ivaretatt. Dette gjøres dels gjennom lovgivning, dels gjennom tildeling av årlige bevilgninger, samt gjennom departementets eierstyring av RHF.

Regjeringen forutsetter at de private helseinstitusjonene skal være et viktig supplement og korrektiv til de offentlige sykehusene. Den integrerte foretaksmodellen reiser noen særskilte utfordringer. Fra departementets side er det påpekt at modellens suksess blant annet er avhengig av at RHF lykkes i relasjonen til og samarbeidet med private aktører. Forståelse og praktisering av sørge for-ansvaret kan ha store konsekvenser for private virksomheter. Den integrerte modellen kan skape usikkerhet om hvorvidt egne helseforetak favoriseres framfor private tilbydere og helseforetak i andre regioner. Det legges til grunn at RHF utnytter tilgjengelige ressurser på en effektiv måte slik at helsepolitiske mål realiseres.

Ved sykehusreformen talte flere hensyn mot en delt modell, og departementet mener disse fremdeles gjelder. Samtidig arbeides det med tiltak som kan sikre at modellen ikke gir utilsiktede negative utslag, blant annet overfor private aktører.

Det vises blant annet til framlagt lovforslag om å fastsette individuelle behandlingsfrister, som innebærer at bestilleroppgaven for pasienter som opplever brudd på disse ivaretas av en organisasjon utenfor foretakene. I tillegg må foretakene, i likhet med private virksomheter, dekke avskrivninger på realkapital. Det vil stilles ikke krav om avkastning på foretakenes egenkapital, jf. omtale om styring og finansiering av investeringer i St.prp. nr. 1 (2002–2003) og Stortingets behandling av denne (B.Innst. S. nr. 11 (2002–2003)). Men lånefinansiering av investeringer vil gi en rentekostnad i regnskapet. Dette vil bidra til å utjevne ulikheter mellom private tjenesteytere og offentlige foretak når det gjelder kapitalkostnader.

Videre vil Helsedepartementet i neste års styringsopplegg skjerpe kravene til at RHF tydeliggjør skillet mellom sitt sørge for-ansvar og sin rolle som eier av helseforetakene (jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004)). I praksis vil dette kreve en tydeliggjøring av bestillinger som skal gis til utøvende virksomheter – både egne helseforetak og private aktører. Det vil også gi et godt utgangspunkt for å gjennomføre prosedyrer som sikrer korrekt behandling av private aktører som leverer eller deltar i konkurranse om leveranse av tjenester.

Ved valg av framtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, har det vært viktig å legge til rette for at private tjenesteprodusenter skal kunne bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til RHF. Samtidig som dette stiller krav til langsiktige og forutsigbare avtaler mellom RHF og private, er det viktig at RHF også sikres større styring med samlet ressursbruk.

3.4 Bestiller-/utførerrollen og forholdet til private aktører: oppsummering av tiltak

I styringsdokument for 2004 vil det bli stilt krav om tydeliggjøring av bestillinger, både for egne helseforetak og private tjenesteytere. I tillegg er det foreslått tiltak i andre kapitler i meldingen som vil legge til rette for at RHF kan gi offentlige og private tjenesteytere likeverdig behandling:

- RHF skal stimuleres til mer aktivt og styrt bruk av private avtalespesialister og psykologer for å ivareta sitt sørge for-ansvar. Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte legespesialist og psykolog, kf. kapittel 4.
- Private laboratorie- og røntgenvirksomheter som har avtale med RHF, vil få innvilget trygderefusjon. Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte utøvende private virksomhet, kf. kapittel 5.
- Prosjektet for å lage felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling vil gjøre det mulig å sammenlikne virksomheten som skjer hos private spesialister, offentlige poliklinikker og inneliggende behandling, kf. kapittel 2.
- RHF må i sine avtaler med private ta hensyn til at også private tilbydere har kapitalkostnader.
- Private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll, kf. kap 4.

I Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) om pasientrettighetsloven foreslår departementet også at private sykehus skal omfattes av fritt sykehusvalg. Det vil legge til rette for mer likeverdig behandling av offentlige og private tjenesteytere. Der foreslås det også å opprette egen bestillerenhet under RTV for å formidle behandling ved brudd på individuell behandlingsfrist ved annet offentlig sykehus, privat sykehus eller i utlandet.

4 Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker

Dette kapitlet omhandler finansieringsordninger for private leger og psykologer med offentlig driftsavtale, poliklinisk behandling ved private sykehus, samt takststrukturen ved offentlige poliklinikker innen psykisk helsevern.

4.1 Lege- og psykologspesialister med driftsavtale

4.1.1 Dagens ordning for lege- og psykologspesialister med driftsavtale

De private legespesialistene med driftsavtale representerer om lag 730 årsverk, svarende til 8–9 prosent av legeårsverkene i spesialisthelsetjenesten, og utgjør dermed en viktig del av det samlede tjenestetilbudet. Antallet driftsavtaler er om lag 1100. Om lag halvparten av disse er deltidshjemler, ofte i kombinasjon med hovedstilling ved offentlig sykehus. I 2003 anslår en at folketrygden vil utbetale knapt 1100 mill. kroner i refusjon til legespesialister. Det vil bli utbetalt driftstilskudd fra RHF på om lag 450 mill. kroner og egenandeler fra pasienter på om lag 800 mill. kroner. Tilsvarende anslag for private psykologer med driftsavtale er 200 mill. kroner i refusjoner, 110 mill. kroner i driftstilskudd og 125 mill. kroner i egenandeler. Driftstilskuddet fra RHF er et fast tilskudd avhengig av praksisens størrelse. For å få rett til trygderefusjon kreves minimum 20 prosent av full praksis.

Trygderefusjonen har reelt økt med om lag 7 prosent årlig i perioden 1999–2002. En årsak til den høye volumveksten er innføring av særskilte kirurgitakster 1. juli 1999, som blant annet har fjernet årelang ventetid på grå stæroperasjoner. Disse takstene forklarer over halvparten av veksten. Antall årsverk og driftsavtaler har vært stabilt i perioden.

Summen av pasientenes egenbetaling og trygderefusjon utgjorde i 2002 i gjennomsnitt 75–80 prosent av avtalespesialistenes og -psykologenes praksisinntekter. Driftstilskuddsandelen vil variere mellom ulike spesialiteter og mellom leger av

hengig av praksisprofil. Det er en vesentlig høyere andel aktivitetsbasert finansiering enn i resten av spesialisthelsetjenesten, og også høyere enn for fastlegeordningen, der andelen aktivitetsfinansiering utgjør om lag 70 prosent. Da ordningen med driftstilskudd ble innført i 1984, ble det forutsatt at dette tilskuddet skulle utgjøre om lag 40 prosent av gjennomsnittlig omsetning for private avtalespesialister.

Det er stor geografisk variasjon i lokaliseringen av spesialistene. 52 prosent av årsverkene utføres i driftsavtaler med Helse Øst RHF. Tilsvarende tall for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er 8 og 4 prosent. Avtalespesialister avlaster i noen grad de offentlige poliklinikkene. Når en ser tilbudet av avtalespesialister og offentlige poliklinikker under ett, er de geografiske variasjonene mindre.

Staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Helsedepartementet og RHF fører årlige inntektsforhandlinger om takster og driftstilskudd med Den norske lægeförening og Norsk Psykologforening. En fremforhandlet inntektsramme fordeles på driftstilskudd, refusjonstakster fra folketrygden og egenbetaling. Innenfor rammeavtalene mellom RHF og foreningene inngås individuelle driftsavtaler mellom spesialister og RHF. Avtalene faller ikke inn under arbeidsmiljøloven, men har enkelte likhetstrekk med ansettelsesforhold. I følge rammeavtalen kan de individuelle avtalene revideres årlig. Dersom behovet for tjenesten er endret, kan det være grunnlag for å kreve avtalens omfang endret. Omlokalisering av en besatt avtalehjemmel må også skje ved en revidering av den individuelle avtalen.

4.1.2 Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelsene om private avtalespesialister og -psykologer

Det er enighet i Hagenutvalget om at all finansiering fra staten til spesialisthelsetjenesten bør kanaliseres via RHF. Utvalget har følgende begrunnelser:

– Ventetider varierer mellom regioner og be-

handlingstyper. Nasjonale takstsystemer gjør det vanskelig å utvikle regionalt tilpassede virkemidler.

- Private spesialister og offentlige poliklinikker driver mye samme typen virksomhet. Det bør derfor ikke være slik at behandling hos private spesialister og offentlig poliklinikk finansieres på ulik måte.
- Innleggelse/dagbehandling og poliklinisk aktivitet er overlappende. Det er uheldig at økonomisk uttelling er ulik for tjenester som likner hverandre. Etter hvert som større deler av pasientbehandlingen organiseres som dagbehandling eller poliklinisk behandling, forsterkes problemstillingen.
- Det er ønskelig å gå vekk fra finansiering av selvstendige enkelttjenester og over til finansiering av hele behandlingsforløp. Et nødvendig steg i denne retningen er å flytte finansieringsansvaret for hele behandlingsforløpet til én aktør.
- Det er vanskelig å sammenlikne aktivitet og kostnader
- Tredjepartsfinansiering med kostnadsvekst indikerer behov for bedre planlegging og samordning.
- Utbetaling fra staten direkte til tjenesteytende nivå gir RHF for lite styring. Særlig gjelder det midler som utbetales til de private spesialistene.

Legeforeningen anser det ikke ønskelig eller hensiktsmessig å overføre de privatpraktiserende spesialisters polikliniske refusjoner til RHF. Norsk Psykologforening mener at poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern fortsatt bør finansieres delvis ved aktivitetsbaserte økonomiske elementer gjennom et takstsystem. Foreningen ønsker at utbetaling av refusjoner fortsatt skal gå utenom RHF.

4.2 Poliklinisk utredning og behandling ved private sykehus

Etter lov om spesialisthelsetjenester § 4–1 skal sykehus godkjennes av departementet før det kan ytes helsetjenester. Bestemmelsen gjelder offentlige og private sykehus. Søknad om godkjenning vurderes ut fra om tjenesten ivaretar samfunnsmessige og ressursmessige hensyn, om det er behov for tjenesten, om det er lagt opp til forsvarlig bruk av helsepersonell og om tjenesten er faglig forsvarlig. Gjennom fylkesmannens tilsynsvirksomhet skal det sikres at virksomheten er faglig forsvarlig.

RHF kan inngå avtaler om kjøp av tjenester fra private sykehus. En forutsetning for å inngå avtale med RHF, er at det private sykehuset er godkjent etter lov om spesialisthelsetjenester. Godkjente private sykehus som har inngått avtale med RHF inkluderes i dag i ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) følgende budsjettår. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) foreslås det å endre dette til at godkjente private sykehus innlemmes i ISF-ordningen fra det tidspunktet sykehusgodkjenning foreligger. RHF får utbetalt refusjonen. Prisen som RHF betaler til det private sykehuset fastsettes i forhandlinger mellom RHF og sykehuset. Tilsvarende gjelder ikke for poliklinisk behandling og utredning ved private sykehus. Refusjon for polikliniske konsultasjoner utbetales til helseforetak bare når behandlingen skjer ved offentlig poliklinikk. Det har bidratt til at avtaler mellom RHF og private sykehus i stor grad omfatter behandling som dekkes av ISF, det vil stort sett si avtaler som gjelder operasjoner og ikke utredning. Det har normalt vært forutsatt at pasientene skulle være ferdig utredet før de kommer til det private sykehuset for operasjon. I noen tilfeller finner det private sykehuset likevel at pasienten som er blitt henvist til behandling ikke er godt nok utredet. Men avtalen med RHF gir ikke rom for ytterligere utredning ved det private sykehuset. Det kan føre til at pasienter ikke blir utredet tilstrekkelig, noe som igjen kan lede til at pasienter utsettes for unødig behandling. Større nøytralitet i offentlig finansiering av helsetjenester utført ved offentlige og private sykehus kan derfor være ønskelig. Hagenutvalget går inn for at private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner på lik linje med offentlige sykehus.

Flere høringsinstanser støtter forslaget, deriblant Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Øst RHF. Ingen går i mot. Helse Øst RHF peker på at inntil poliklinisk virksomhet er integrert i ISF-ordningen, vil tiltaket isolert sett kunne bidra til at offentlig ansatt helsepersonell går over til privat virksomhet.

4.3 Omlegging av polikliniske takster innen psykisk helsevern

St.prp. nr. 63 (1997–1998) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 omfatter en rekke tiltak for å nå aktuelle helsepolitiske mål om en helhetlig tjeneste av god kvalitet og tilgjengelighet, basert på brukernes behov. I tillegg til utbygging og omstrukturering av tjenestene, er det forutsatt en vesentlig økning i produktiviteten ved poliklinikke-

ne. Rapporteringen for første halvdel av opptrappingsperioden viser at det har skjedd en reell økning i produktiviteten, særlig innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er imidlertid ønskelig å motivere til ytterligere produktivitetsokning innen sektoren. Det understrekes at behovet for aktivitets- og produktivitetsokning også omfatter indirekte pasientarbeid og forebyggende tiltak.

I 2002 ble det utbetalt 637 mill. kroner i refusjoner til offentlige psykiatriske poliklinikker. Det antas at disse refusjonene, sammen med egenbetaling, dekker om lag 50 prosent av totale kostnader. De resterende om lag 50 prosent dekkes med tilskudd fra RHF finansiert gjennom basisbevilgningen.

Takstsystemet for poliklinikkene består i dag av to typer takster – aktivitetsuavhengig takst per time pasientrettet poliklinisk arbeid utført av ansatt i godkjent fagstilling (årsverkstaksten) og aktivitetsavhengig takst for utførte konsultasjoner. Årsverkstaksten utgjør den største andelen av refusjonene. For den aktivitetsavhengige taksten skilles det mellom førstegangs konsultasjon og oppfølgingskonsultasjon. Aktivitetsbaserte takster utgjør om lag 15 prosent av poliklinikkrefusjonene innen barne- og ungdomspsykiatrien og om lag 36 prosent innen voksenpsykiatrien.

4.3.1 Hagenutvalget og Halsteinlirapporten (Sintef Unimed)

Hagenutvalget har i liten grad fremmet forslag innen området psykisk helse. Utvalget peker på en rekke årsaker til at det er vanskelig å fremme forslag til et finansieringssystem som ivaretar og motiverer til økt aktivitet i tråd med helsepolitiske målsetninger innen dette området. Innstillingen peker på mulige aktivitetsbaserte takster, men henviser i denne forbindelse til en rapport som er utarbeidet ved Sintef Unimed på oppdrag fra Helsedepartementet (Halsteinli, 2002). Rapporten er utarbeidet parallelt med Hagenutvalgets innstilling.

I rapporten foreslås ny struktur på takstene i psykiatriske poliklinikker. Tre ulike alternativer er vurdert.

1. Aktivitetsalternativ (100 prosent aktivitetsavhengige takster)
2. Årsverkalternativ (100 prosent knyttet til personellinnsats, men uavhengig av aktivitet)
3. Mellomalternativ (50–50 deling mellom aktivitetsavhengige takster og årsverktakster)

Sintef Unimed anbefaler mellomalternativet under

henvisning til at dette kan gi et hensiktsmessig insitamant til økning av pasientrettede aktiviteter, samtidig som det i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til kompetanseutvikling. Det gir en bedre styring med samlede kostnader enn aktivitetsalternativet, samtidig som det gir en rimelig grad av økonomisk forutsigbarhet for foretakene. Alternativ 1 (aktivitetsalternativet) anbefales ikke bl.a. ut fra behovet for kostnadskontroll. Alternativ 2 (årsverksalternativet) antas ikke å ivareta ønsket om å motivere til økt aktivitet.

Halsteinlirapporten har vært på høring. Et klart flertall av høringsinstansene støtter mellomalternativet.

4.4 Departementets vurdering og tilråding

4.4.1 Lege- og -psykologspesialister med driftsavtale

Privatpraktiserende avtalespesialister utgjør en viktig del av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Avtalepraksis og offentlig poliklinikk er overlappende virksomheter, og avtalespesialistene kan trolig bidra til å avhjelpe ventelistesituasjonen ved offentlige poliklinikker i større grad enn i dag. Styringsmulighetene RHF har gjennom eksisterende driftsavtaler er ikke godt nok utnyttet. Det bør for eksempel i større grad stilles krav om at avtalespesialistene skal behandle pasienter fra det offentliges ventelister i regionen. Selv om enkelte RHF allerede har tatt skritt for tettere samarbeid med avtalespesialistene, er det et betydelig potensiale for ytterligere integrering og mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom avtalepraksis og offentlige poliklinikker.

Departementet ønsker å stimulere RHF til mer aktiv og styrt bruk av private avtalespesialister for å ivareta sitt sørge for-ansvar. Økt finansielt ansvar for RHF vil kunne bidra til dette. Det foreslås derfor å heve driftstilskuddet fra mellom 20 og 25 prosent opp mot 40 prosent av praksisinntektene, mot tilsvarende reduksjon i refusjonstakstene fra folketrygden. Staten vil følge dette opp på egnet måte. I vårens inntektsforhandlinger med Legeforeningen og Norsk Psykologforening ble det enighet om å heve driftstilskuddsandelen noe. Forhandlingsresultatet innebærer at driftstilskuddet nå vil utgjøre mellom 25 og 30 prosent av praksisinntektene.

Hagenutvalget påpeker at det er manglende informasjon om virksomheten hos de private spesialistene. Departementet vil til dette peke på at det

eksisterer informasjon om takstbruken til de ulike spesialistene, men denne informasjonen er ikke sett i sammenheng med pasientenes diagnose. Det mangler også data om hvilke pasientkategorier som behandles hos de private spesialistene og data om ventetider. Departementet vil vurdere tiltak for å skaffe bedre oversikt og tilgang til slik informasjon fremover.

Utvalget fokuserer på vanskelighetene med å sammenlikne aktivitet og kostnader knyttet til inneliggende og poliklinisk behandling. Etter departementets syn, skyldes dette først og fremst mangelen på et felles kodeverk og klassifiserings-system. Det vises til uttalelse fra sosialkomiteens flertall om at «det må være en målsetning at en får etablert en finansieringsordning som er felles både for innlagte og polikliniske pasienter» (B.innst. S. nr. 11 (2002–2003)). Som omtalt i kap. 2.3.4, har departementet satt i gang et prosjekt for å utarbeide felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling. Felles kodeverk vil gjøre det mulig å sammenlikne virksomheten som skjer hos private spesialister, ved offentlige poliklinikker og ved inneliggende behandling. Nytt kodeverk vil tidligst kunne tas i bruk til finansieringsformål om tre til fem år.

Flertallet i Hagenutvalget går inn for å kanalisere refusjoner til private avtalespesialister gjennom RHF fra 2004. Helsedepartementet mener at RHF i større grad kan utnytte de styringsmulighetene som ligger i de eksisterende avtalene, og at dette sammen med foreslåtte tiltak vil sikre nødvendig styring. Det foreslås derfor at trygderefusjonene fortsatt utbetales direkte til den enkelte legespesialist og psykolog.

4.4.2 Poliklinisk utredning og behandling ved private sykehus

Helsedepartementet slutter seg til Hagenutvalgets forslag og målsetting om større grad av nøytralitet i finansiering av helsetjenester utført ved private og offentlige sykehus. Dette vil styrke private sykehus som supplement og korrektiv til de offentlige. Forslaget må også ses i sammenheng med lovforslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. Det vises til Ot.prp. nr. 63 (2002–2003). Lovforslaget vil også gjelde poliklinisk virksomhet som drives i organisatorisk tilknytning til private sykehus. Det forutsettes at overordnede retningslinjer for prioritering blir fulgt. Det må også være mulig for RHF å regulere behandlingsvolumet i avtalene med de private sykehusene, slik at den samlede polikliniske aktivitet

kan innpasses innenfor RHF sine økonomiske rammer. Det innebærer at pasientens rett til å velge sykehus da vil gjelde innenfor det volumet som er avtalt mellom sykehuset og RHF. Forslaget får ikke betydning for privateide sykehus som tidligere inngikk i regionale helseplaner og fikk driftsutgiftene helt eller delvis dekket av fylkeskommunen. Disse sykehusene utløser allerede offentlige poliklinikkostnader.

Utgiftsveksten i poliklinikkordningen er stor, og større enn det som har vært lagt til grunn i de årlige statsbudsjettene. Det er nødvendig å ha god styring med poliklinikkordningen, slik at den innpasses i den overordnede prioriteringen av ressurser til helsetjenesten. Det vises til nærmere omtale i St.prp. nr. 65 (2002–2003) og i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Selv om det forutsettes volumbegrensning i RHF sine avtaler med private sykehus, vil forslaget likevel kunne medføre svekket kontroll med utgiftsveksten i poliklinikkordningen. Helsedepartementet arbeider med å gjennomføre kontrolltiltak med ordningen. En tar derfor sikte på å iverksette den foreslåtte omleggingen med virkning fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten er kommet under bedre kontroll.

4.4.3 Polikliniske takster innen psykisk helsevern

Helsedepartementet legger vekt på at et nytt poliklinisk takstsystem innen psykisk helsevern skal balansere følgende, til dels motstridende, hensyn:

- stimulere til effektiv ressursbruk og anbefalte arbeidsformer
- gjenspeile mål om økt aktivitet og økt produktivitet i psykisk helsevern
- være enkelt å administrere og gi tilstrekkelig kostnadskontroll
- ikke favorisere en terapeutisk tilnærming framfor andre
- legge til rette for samarbeid, nettverksarbeid og forebygging

Forebygging i denne sammenheng forutsettes å omfatte både arbeid i forhold til risikogrupper og enkeltpersoner og arbeid som ikke er direkte rettet mot pasienter (opplæring/veiledning av kommunalt personell mv.). Det understrekes at den utadrettede virksomheten er et viktig særpreg ved psykisk helsearbeid, og det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom for eksempel antall konsultasjoner utført på poliklinikken og samlet kvalitet på arbeidet som utføres. Godt psykisk helsearbeid er kjennetegnet ved tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, oppfølging og samarbeid med det store an-

tall instanser som har en rolle å spille for å bidra til at personer med psykiske lidelser kan leve et mest mulig vanlig liv.

Departementet deler vurderingene i rapporten fra Sintef Unimed. Det foreslås en omlegging av takststrukturen for offentlige psykiatriske poliklinikker i tråd med mellomalternativet fra 2005. Det innebærer at takststrukturen for offentlige poliklinikker innen psykisk helsevern legges om, med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekst på årsverkstakster.

4.5 Lege- og psykologspesialister med driftsavtale, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker: oppsummering av tiltak

1. Driftstilskuddets andel foreslås økt til opp mot 40 prosent av praksisinntektene til lege- og psy-

kologspesialister med driftsavtale, med tilsvarende reduksjon av takstene fra folketrygden. Trygderefusjonene betales fortsatt direkte ut til den enkelte spesialist.

2. Private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll.
3. Takststrukturen for offentlige psykiatriske poliklinikker legges om fra 2005, med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekt på årsverkstakster.

5 Laboratorie- og røntgenvirksomhet

Laboratorietjenester og røntgenvirksomhet benyttes ved diagnostikk, behandlingskontroll og behandling. Laboratorie- og røntgenvirksomhet er spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a. Det gjelder uavhengig av om tjenesten rekvireres av allmennlege eller spesialist. Innenfor laboratorie- og røntgenvirksomhet finnes et godt utbygd privat tilbud som er et supplement til det offentlige tilbudet.

Forslagene som fremmes i dette kapitlet, gjelder laboratorie- og røntgentjenester som ytes poliklinisk. Laboratorie- og røntgentjenester til pasienter som behandles ved innleggelse, finansieres gjennom ISF-ordningen.

5.1 Dagens finansieringsordninger for laboratorie- og røntgenvirksomhet

De samlede offentlige utgiftene til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester anslås til vel 4 mrd. kroner i 2003, fordelt på:

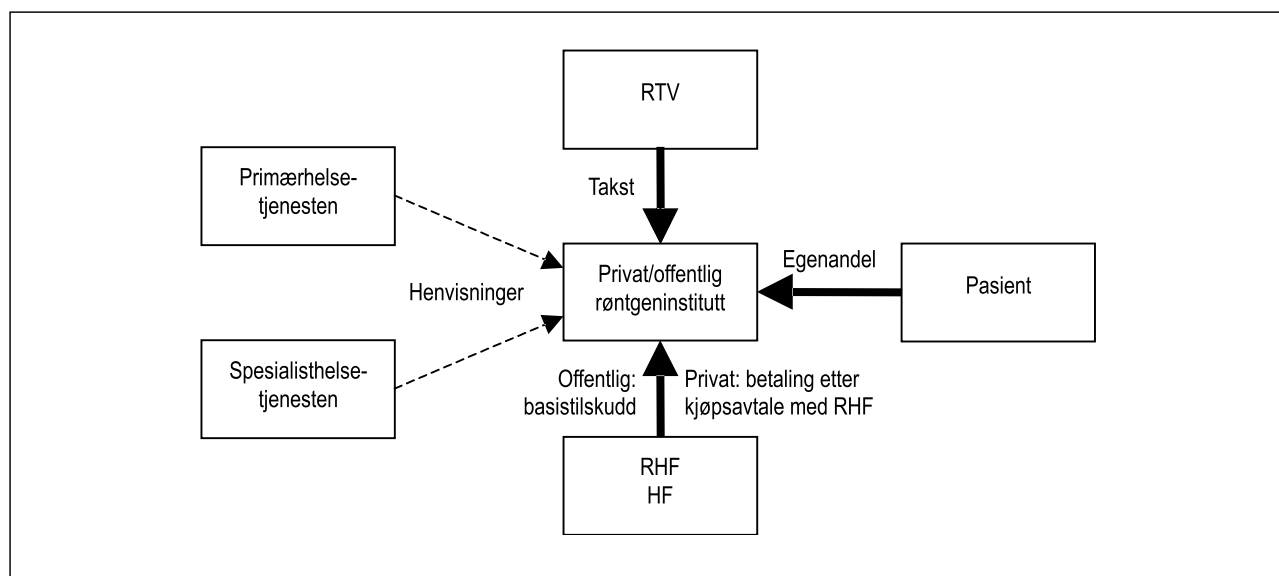
- tilskudd fra RHF til offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet finansiert av basisbevilgningen
- tryktderefusjon utbetalt direkte til utøvende

virksomheter på kap. 2711, post 76 Private laboratorie- og røntgeninstitutt, og statlige refusjoner for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet på kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet

Det er ulike takstsystemer for laboratorievirksomhet og røntgenvirksomhet, jf. boks 5.1 og 5.2.

Fra 1997 til 2002 er refusjonsutgiftene til røntgenundersøkelser tilnærmet fordoblet. Refusjonsutgiftene til laboratorieanalyser er økt med i underkant av 50 prosent. Korrigert for utilsiktet effekt ved omlegging av takstsystemet for røntgentjenester i 2002, er den underliggende utgiftsveksten høy. Drivkreftene bak denne høye veksten er trolig utbygging av tilbudet, økende antall henvisninger og overgang til nye og dyrere undersøkelser. Økningen i utgiftene til poliklinikk og laboratorie- og røntgenvirksomhet, både offentlig og privat, har fortsatt i 2003. Det vises til nærmere omtale av dette i St.prp. nr. 65 (2002–2003) og St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Finansiering av offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutt er til dels komplisert, med flere uavhengige inntektskilder. Figur 5.1 beskriver hovedlinjene i finansieringsordningen for røntgenvirksomhet. Finansieringen av laboratorier føl-



Figur 5.1. Finansiering av røntgenvirksomhet – dagens ordning

ger i hovedsak samme mønster. Pasientene betaler en relativt liten egenandel for blodprøvetaking hos allmennlege eller privat laboratorium, men ikke egenandel for selve laboratorieanalysen. Dagens refusjonsordning er beskrevet nærmere i boks 5.1 og 5.2.

5.1.1 Etableringsgodkjenning av laboratorier og røntgeninstitutt

Sosial- og helsedirektoratet godkjenner nye private laboratorier og røntgeninstitutt før etablering, jf. forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 4–1. Samfunnsmessige hensyn skal vurderes ved godkjenning. Forskriften gir bestemmelser om at enkelte endringer i virksomheten skal godkjennes, herunder utvidelse av antall spesialiststillinger og endringer i geografisk lokalisering. Godkjenningsordningen har imidlertid i praksis hatt liten effekt på ressursbruken innen feltet. Den har likevel bidratt til å sikre et visst faglig nivå ved etableringen av nye virksomheter.

5.1.2 Pasientrettigheter

Etter folketrygdloven § 5–5 har pasientene rett til stønad fra trygden til dekning av utgiftene til prøve, undersøkelse eller behandling som foretas ved private laboratorier og røntgeninstitutt. Rettigheten gjelder ubetinget dersom prøve, undersøkelse eller behandling skjer ved private virksomheter som er godkjent før 1. juni 1987. Er virksomheten godkjent etter 1. juni 1987, er rettigheten betinget av at departementet har bestemt at trygden skal dekke utgifter til tjenester som ytes av virksomheten.

Etter folketrygdloven § 22–2 kan det private instituttet, etter avtale, få direkte oppgjør med trygden. Stønaden blir da utbetalt direkte til instituttet og pasientens betalingsplikt blir tilsvarende redusert. Alle private laboratorier og røntgeninstitutt hvor pasientene har rett til stønad har per i dag slike avtaler.

Pasientenes egenandeler fastsettes av Helsedepartementet i forskrift.

5.1.3 Innvilgelse av trygderefusjon

Departementet bestemmer om trygden skal dekke utgifter til tjenester som ytes av den private virksomheten. Virksomheten må da være godkjent på forhånd, jf. kap. 5.1.1. Fra 2002 har Helsedepartementet også stilt som vilkår at private laboratorier og røntgeninstitutt skal ha kjøpsavtale med RHF.

Boks 5.1. Røntgenvirksomhet

Takstsystem

Det finnes et felles nasjonalt kodeverk for radiologi (NORAKO) som er slik at en undersøkelse får samme kode uavhengig av hvor den utføres. Det er separate sett kostnadsvekter og enhetspriser for offentlige og private tjenesteytere, og det kan derfor være mindre forskjeller i økonomisk utbetaling for samme undersøkelse til offentlige og private institutter. Det skyldes bl.a. at offentlige institutter har særskilte utgifter knyttet til beredskap.

Finansiering, offentlige institutt

Røntgenavdelinger i helseforetak (HF) er finansiert med:

- pasientens egenandel 155 kroner per undersøkelse
- statlig refusjonstakst (poliklinikkrefusjon)
- tilskudd over basisbevilgningen til RHF

Finansiering, private institutt

Det finnes 23 private røntgeninstitutt som hovedsakelig er lokalisert rundt de største byene. To av disse har verken avtale med RHF eller HF. Private røntgeninstitutt med avtaler for tjenestene i pasientens hjemmeregion finansieres ved:

- pasientens egenandel 155 kroner per undersøkelse
- trygderefusjon
- pasientens bosteds-RHF: stykkprisbetaling per undersøkelse

Private røntgeninstitutt uten avtale med pasientens bosteds-RHF finansieres ved:

- pasientens egenandel 215 kroner per undersøkelse
- trygderefusjon

Hvem henviser til røntgenundersøkelse?

Rekvisisjoner til røntgenvirksomhet kan komme fra primærhelsetjenesten/allmennlegen og spesialisthelsetjenesten. Tall fra Rikstrygdeverket tyder på at allmennlegene står for over 80 prosent av henvisningene til privat røntgen, og for om lag 60 prosent av henvisninger til offentlig røntgen/helseforetak.

Boks 5.2. Laborativirksomhet

Takstsystem

Polikliniske laborativtjenester finansieres gjennom prosedyrebaserte takstsystemer, i motsetning til røntgenvirksomheten som har et kodebasert system. Det er separate takstsystem for offentlig og privat virksomhet.

Finansiering, offentlige laboratorier

Laboratorier i helseforetak (HF) er finansiert med:

- pasientens egenandel 35 kroner for blodprøvetaking
- statlig refusjonstakst (poliklinikkrefusjon)
- tilskudd over basisbevilgningen til RHF

Finansiering, private laboratorier

Det finnes 12 private laboratorier. Tre av disse har verken avtale med RHF eller HF. Fordi laborativprøver kan sendes over store avstander, er en i mindre grad avhengig av at laborativet er lokalisert nær pasienten. Private laboratorier med avtaler for tjenestene i pasientens bostedsregion finansieres med:

- pasientens egenandel 35 kroner for blodprøvetaking
- trygderefusjon
- pasientens bosteds-RHF: stykkprisbetaling per undersøkelse

Private laboratorier uten avtale med pasientens hjemsteds-RHF finansieres med:

- egenandel 35 kroner for blodprøvetaking
- trygderefusjon

Hvem henviser til laborativene?

Rekvisisjoner til laborativet kommer fra primærhelsetjenesten/allmennlegen og spesialisthelsetjenesten. Tall fra Rikstrygdeverket tyder på at allmennlegene står for om lag 60 prosent av prøver rekvirert til private laborativet, og for om lag 80 prosent av prøver rekvirert til offentlige laborativet.

Skal et laboratorium eller røntgeninstitutt få utbetalt trygderefusjon, må dessuten pasienten ha gyldig rekvisisjon fra lege, tannlege eller kiropraktor.

En del private laborativet og røntgeninstitutt som fikk innvilget trygderefusjon før 2002, har ikke avtale med RHF.

Dersom RHF eller helseforetak oppretter radiologisk avdeling eller laboratorium, er det ikke krav om særskilt godkjenning fra Helsedepartementet for å få innvilget poliklinikkrefusjon.

5.2 Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om laborativ- og røntgenvirksomhet

Hagenutvalgets forslag til ny finansieringsordning avhenger av om tjenestene er rekvirert av primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten:

- Utvalget foreslår å videreføre trygderefusjonen for laborativprøver og røntgenundersøkelser rekvirert av allmennlegetjenesten. Begrunnelsen er at RHF vil ha begrenset mulighet for å styre allmennlegenes rekvirering.

Flertallet i utvalget foreslår at i de tilfellene tjenesten rekvireres av helseforetak eller spesialist med RHF-avtale, skal refusjon ytes til RHF og ikke til tjenesteytende nivå. Mindretallet mener at felles kodeverk og klassifiseringssystem bør etableres før alle midlene kanaliseres fra staten via RHF.

Hagenutvalget mener for øvrig at RHF bør gjennomgå sin virksomhet med sikte på konkurranseutsetting. Utvalget påpeker at laborativ- og røntgentjenester kan være egnet for anbudskonkurranse.

5.2.1 Høringsuttalelser om rollen til RHF

Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon slutter seg til forslaget om at folketrygden viderefører finansieringen av undersøkelser generert av henvisninger fra allmennlegetjenesten. Fellesorganisasjonen mener at det er en betydelig svakhet at utvalget ikke drøfter hvordan den andelen av finansieringen som allmennlegene genererer, og som i dag kanaliseres gjennom RHF, skal kompenseres gjennom økt finansiering fra folketrygden. Organisasjonen påpeker at folketrygdens refusjoner til poliklinisk virksomhet i dag er forutsatt å dekke rundt halvparten av kostnadene til den enkelte prosedyre og undersøkelse, og utvalgets forslag innebærer dermed at refusjonen må doubles for slike spesialisthelsetjenester.

Helse Nord og Helse Vest RHF mener at RHF ikke bør ha ansvar for utbetaling til laborativ- og røntgenvirksomhet relatert til primærhelsetjenesten siden RHF har liten mulighet for å påvirke disse. Helse Vest RHF mener at midler for prøver rekvirert av spesialisthelsetjenesten bør kanaliseres via RHF. Dette gjelder også utbetaling av tryg-

derefusjoner til den private laboratorie- og røntgenvirksomheten. De private tilbud kan da ses i sammenheng med virksomheten i egne helseforetak, og RHF kan organisere felles anbudsrunder med egne og private laboratorie- og røntgeninstitutter.

Også Helse Øst RHF støtter prinsippet om at all finansiering skal gå gjennom regionalt nivå, men mener at det av praktiske og kostnadmessige årsaker ikke bør gjennomføres fra 2004. Dette vil i så fall innebære at RHF viderefører refusjonene fra RTV til helseforetakene, uten å se dette i en styrings- eller prioriteringsmessig sammenheng.

Statens helsetilsyn mener at RHF ikke kan styre laboratorie- og røntgentjenester som allmennleger genererer. Statens helsetilsyn påpeker at å opprettholde folketrygdfinansiering for allmennlegjetjenestens bruk av laboratorie- og røntgentjenester kan gi uheldige vridninger.

Rikstrygdeverket kommenterer forslaget om at refusjon for prøver rekvirert av spesialisthelsetjenesten utbetales til RHF, mens utbetalingene til private skjer via folketrygden direkte til den enkelte institusjon. RTV mener at dette er en dårlig løsning som ikke gir RHF et samlet ansvar for alle laboratorie- og røntgentjenestene. RTV viser til at dagens private marked er meget uoversiktlig, at det er behov for en oversiktlig struktur og finansiering på området og at dette ikke oppnås ved å skille etter hvem som rekvirerer prøvene.

5.2.2 Høringsuttalelser om konkurranseutsetting

Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon støtter utvalgets hovedprinsipp om at RHF har samlet avtaleansvar, og at RHF stilles fritt i valg av avtale- og kontrakttyper, forutsatt at poliklinisk billeddiagnostikk betraktes under ett uavhengig av om tjenesten utføres i offentlig eller privat regi. Av samme grunn understreker organisasjonen behovet for at RHF som avtalepartner får et upartisk forhold til helseforetak og private leverandører som konkurrerer med de foretak RHF selv eier. Helseforetak må konkurrere med private ut fra reelle kostnader for alle innsatsfaktorer, også kapital. Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon understreker behovet for langsiktige avtaler med RHF.

Norges Ingeniørorganisasjon (NITO) er sterkt uenig i at laboratorie- og røntgenvirksomhet kan være egnet for anbudskonkurranse.

Norsk Radiograf forbund mener at konkurranseutsetting må innbefatte samme krav til private leverandører som helseforetak. Norsk Radiograf forbund mener røntgenvirksomhet kan skilles ut

som egne helseforetak, på linje med apotek. Der som sykehusavdelingene kjøper alle sine røntgentjenester, vil en kunne komme overforbruket av røntgentjenester til livs.

5.3 Departementets vurdering og tilråding om laboratorie- og røntgenvirksomhet

Laboratorie- og røntgentjenester er vesentlige for å sikre riktig diagnose, behandling og etterkontroll. Pasientene skal fortsatt sikres god tilgang til slike tjenester. Private tjenesteytere må sikres forutsigbare rammebetingelser. Finansieringsordningene må også bidra til at laboratorie- og røntgentjenester tas i bruk i et riktig omfang og ses i sammenheng med øvrig behandling og diagnostisering.

Det vises også til kapittel 3 der det drøftes større organisatorisk skille mellom bestiller og utfører.

5.3.1 Tre ulike inntektsmodeller for laboratorie- og røntgentjenester

Her drøftes tre modeller for hvordan staten kan sette RHF i stand til å sørge for nødvendige laboratorie- og røntgentjenester. Modell 1 er en rent stykkprisbasert modell, som innebærer at staten/folketrygden bærer all økonomisk risiko ved høyere aktivitet enn forutsatt. Modell 2 er ren rammefinansiering, som innebærer at RHF bærer denne risikoen. Modell 3 er en kombinasjon av ramme og stykkpris, og medfører deling av økonomisk risiko mellom staten og RHF. For å lette framstillingen ser en bort fra egenandeler fra pasient til tjenesteyter.

Modell 1: Ren stykkprisfinansiering

Dagens høye stykkprisandel har ført til et godt utbygd tjenestetilbud med relativt korte ventetider for de fleste typer undersøkelser. Høy stykkprisfinansiering reduserer mulighetene for å styre utviklingen av laboratorie- og røntgentjenester i tråd med ønsket prioritering. Samtidig svekkes mulighetene for økt innslag av konkurranse fordi en betydelig del av finansieringen er stykkpriser utbetalt direkte til utøvende virksomheter. Departementet vil, på denne bakgrunn, ikke tilrå en ren stykkprisfinansiering. Målsettingen med en ny finansieringsmodell må være å opprettholde god tilgjengelighet til laboratorie- og røntgentjenester, samtidig som tjenestene innpasses i en samlet prioritering av ressurser til spesialisthelsetjenesten.

Modell 2: Ren rammefinansiering

Departementet har vurdert om avvikling av trygderefusjon og innlemming av tilskudd i basisbevilgningen til RHF kan være en aktuell finansieringsmodell. Rammefinansiering mellom stat og RHF vil trolig medføre at det også etableres rammekontrakter mellom RHF og offentlige og private laboratorie- og røntgeninstitutt. Modellen legger til rette for økt konkurranse og vil også ivareta hensynet til en styrt utvikling av tjenestenes omfang. Svakheten er at modellen kan føre til økte køer og ventetider for laboratorieprøver og røntgenundersøkelser. Modellen foreslås derfor ikke.

Modell 3: Kombinasjon av aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering

Utfordringen er å komme fram til en modell som balanserer hensynene til tilgjengelighet for pasientene, forutsigbarhet for private tjenesteleverandører og riktig omfang og bruk av tjenestene.

Dagens finansiering av laboratorie- og røntgen-tjenester kombinerer stykkprisfinansiering med rammefinansiering. Modell 3 er en slik kombinasjonsmodell. Dette har gitt god tilgjengelighet. Departementet foreslår derfor at denne modellen videreføres, men det bør gjøres noen endringer for å bidra til en styrt utvikling av tjenestenes omfang. Departementet tilrår derfor å redusere takstene og øke basisbevilgningen til RHF for å gi RHF økt ansvar og bedre muligheter for å planlegge det totale offentlige og private tilbud av laboratorie- og røntgentjenester i sin region. Departementet legger til grunn at nytt aktivitetstilskudd bør utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter. Modellen innebærer noe økt økonomisk risiko for RHF ved høyere aktivitet enn forutsatt. Dette gir RHF insentiv til å inngå volumavtaler i større grad. Det kan også være aktuelt med avtaler med redusert stykkpris over et visst aktivitetsnivå. Avtaler mellom RHF og private skal baseres på konkurranse i henhold til reglene om offentlige anskaffelser. For å sikre forutsigbare rammebetingelser for de private virksomhetene, bør disse avtalene være langsiktige.

RHF vil trenge tid til forberedelser, og departementet tilrår å gjennomføre den foreslåtte omleggingen fra 2005.

Når det gjelder radiologi, fastsettes refusjonene med utgangspunkt i felles kodeverk og klassifiseringssystem, og med tilnærmet samme enhetspris i offentlige og private institutt. Det vises til omtale av dagens kodeverk, kf. boks 5.1. For la-

boratorievirksomhet bør det utvikles et felles klassifiseringssystem for privat og offentlig virksomhet, i likhet med det som er i bruk innen radiologi. Et slikt system vil tidligst kunne tas i bruk om to til tre år. Systemet er ikke en nødvendig forutsetning for den nye inntektsmodellen, fordi man inntil videre kan utbetale refusjonene på grunnlag av dagens takster. Modellen kan derfor innføres fra 2005, som foreslått.

Modell 3: Virkning for private laboratorieinstitutt og røntgeninstitutt

I dagens finansieringsmodell er de samlede trygderefusjoner til private virksomheter langt høyere enn finansieringen fra RHF. Enkelte røntgeninstitutt og laboratorier driver deler av virksomheten med trygderefusjon, uten noen finansiering fra RHF. Det indikerer at dagens trygderefusjon dekker mer enn marginalkostnaden for tjenestene.

Med departementets forslag vil trygderefusjoner alene sannsynligvis ikke lenger gi tilstrekkelig driftsgrunnlag, og private virksomheter vil bli avhengige av kjøpsavtale med RHF. Fra 2002 har departementet blant annet stilt vilkår om at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha kjøpsavtale med RHF for å kunne få trygderefusjon. Et opplegg med lavere trygderefusjon og lovfestet vilkår om avtale er en innstramning i forhold til dagens ordning.

Enkelte private laboratorier og røntgeninstitutt har i dag trygderefusjon uten avtale med RHF, jf. avsnitt 5.1. Departementets forslag innebærer at disse må inngå avtale med RHF for å få refusjon. Dersom dette forslaget tas til følge, må folketrygdloven endres, jf. omtale av lov- og forskriftsendringer i avsnitt 5.3.3. Det innebærer at det ikke lenger utbetales refusjon for undersøkelser som ikke inngår i avtalene med RHF. For slike undersøkelser vil, med departementets opplegg, heller ikke egenandelen være regulert. Dersom den private virksomheten ikke har avtale om salg til RHF, må den basere sin virksomhet på full egenbetaling fra pasienten eller inntekter fra andre aktører i markedet. Departementet foreslår å implementere disse endringene fra 2005.

Hagenutvalgets flertall foreslår å kanalisere alle tilskudd via RHF for å sikre RHF overordnet styring og prioritering i sektoren. Modell 3 vil, etter departementets syn, ivareta dette hensynet på en tilfredsstillende måte selv om trygderefusjonen utbetales direkte til de utøvende virksomhetene. Det foreslås derfor at trygderefusjonen fortsatt skal utbetales direkte til de private virksomhetene, mens refusjon for offentlig laboratorie- og røntgen-

virksomhet foreslås utbetalt til RHF, jf. forslag i kapittel 2.3.1.

5.3.2 Finansieringsansvar for prøver rekvirert av allmennleger

Hagenutvalget mener RHF ikke skal ha ansvar for finansiering av prøver rekvirert av allmennleger. Utvalget begrunner dette med at RHF ikke kan styre denne rekvireringen. Det vil i så fall innebære ulik finansiering avhengig av om tjenestene er rekvirert av allmennlege eller av spesialist. Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon støtter dette i sine høringsuttalelser, mens Rikstrygdeverket mener et todelt system blir uoversiktlig og vil medføre fare for feilutbetalinger.

60 til 80 prosent av alle henvisninger til offentlige og private laboratorie- og røntgenundersøkelser rekvireres av allmennleger. Slik virksomhet er dessuten spesialisthelsetjeneste og en lovpålagt del av sørge for-ansvaret til RHF. Rikstrygdeverket peker i sin høringsuttalelse på at «dagens private marked er uoversiktlig, og at det er behov for en oversiktlig struktur og finansiering på området. Det vil en ikke oppnå ved å skille etter hvem som rekvirerer prøvene». Departementet deler dette synet. Det taler for at det ikke bør foretas et skille som utvalget foreslår. Departementet foreslår derfor å videreføre finansieringsansvaret til RHF for prøver rekvirert av allmennleger. Med sin fagkompetanse vil spesialisthelsetjenesten kunne samarbeide med allmennlegene med sikte på å unngå unødig bilde- og prøvetaking.

5.3.3 Forslag til endringer i regelverket for røntgen- og laboratorievirksomhet

Forslagene i kapittel 5.3.1 vil kreve lov- og forskriftsendringer. Departementet legger opp til at forslag til endringer i finansieringsordningen for offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet skal tre i kraft fra 2005.

5.3.3.1 Innvilgelse av trygderefusjon mv. for røntgen- og laboratorievirksomhet

Økt styring for RHF er ivaretatt ved forslaget om å lovfeste at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha avtale med RHF i pasientens bostedsregion for å kunne utløse trygderefusjon. Dersom disse endringene besluttet vedtatt, må folketrygdloven § 5–5 endres slik at pasienter som får foretatt prøve, undersøkelse eller behandling ved private laboratorier og røntgeninstitutt som ikke har avtale

med RHF i pasientens bostedsregion, ikke får rett til dekning av utgiftene gjennom stønad fra trygden. I dagens lovbestemmelse skilles det mellom virksomheter som er godkjent etter sykehusloven før og etter 1. juni 1987. Forslaget gjelder for alle private laboratorier og røntgeninstitutt, uavhengig av om de er etablert før eller etter 1. juni 1987.

Det foreslås å redusere takstene og øke basisbevilgningen til RHF tilsvarende. Dersom det besluttes, må en endre takstene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter.

Dersom det besluttes å endre takstene for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet, må også forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak endres.

5.3.3.2 Etableringsgodkjenning for røntgen- og laboratorievirksomhet

Departementet mener at den foreslåtte finansieringsordningen vil ivareta de samfunnsmessige hensyn som dagens godkjenningsordning var tiltenkt. Departementet foreslår derfor at kravet om etableringsgodkjenning faller bort. Dersom det besluttes, må forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet endres. For å ivareta hensynet til faglig forsvarlige offentlige og private laboratorie- og røntgentjenester, foreslår departementet å forskriftsfeste særskilte kvalitetskrav for virksomhetene. Departementet kan fastsette slik forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 bokstav a siste ledd.

5.4 Laboratorie- og røntgenvirksomhet: oppsummering av tiltak

1. Nytt aktivitetstilskudd skal utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005.
2. Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter.
3. RHF sitt finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
4. Det lovfestes at private institutter må ha avtale med RHF for å få trygderefusjon fra 2005.
5. Dagens etableringsgodkjenning for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles, og i stedet

- innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
6. Trygderefusjon for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet som inngår i poliklinikktilskuddet, foreslås utbetalt til RHF fra 2004, jf. kap. 2.3.1.
 7. Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

6 Forskning og utdanning

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3–8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2 er forskning og utdanning hovedoppgaver for sykehusene. Universitetssykehusene har et særskilt ansvar, og skal være i front når det gjelder klinisk forskning. Universitetssykehusene skal initiere og organisere kliniske forskningsprosjekter, metode- og kompetanseutvikling, forskeropplæring og utdanning.

En hensiktsmessig organisering og finansiering av utdannings- og forskningsaktivitet i tilknytning til spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for å sikre pasientbehandling av høy kvalitet. Forskning danner grunnlag for å kunne vurdere nye og eksisterende behandlingsformer. Det er også av stor betydning for universitet og høyskoler, som delvis benytter sykehusene som arena for utdanning og forskning. Hagenutvalget er særlig opptatt av at dagens modell for finansiering av forskning og utdanning er uklar, og at modellen gir få insitamenter til økt fokus på disse aktivitetene. Utvalget etterlyser klarere retningslinjer for samarbeidsorganene for RHF og universitetene/høgskolene. Det er et problem at det er vanskelig for høgskolene å skaffe nok praksisplasser for studenter i grunnutdanning innen helsefag.

En arbeidsgruppe med medlemmer fra helsesektoren, universitetene og Norges forskningsråd avla i juni 2002 en rapport med forslag til ny ordning for regionsykehustilskuddet. Rapporten ble oversendt til Hagenutvalget, og danner sammen med NOU 2003: 1 et viktig grunnlag for forslagene som departementet fremmer.

I dette kapitlet drøftes og foreslås endringer som gjelder samarbeidsorgan, forskningsfinansiering samt tydeligere ansvarsdeling for praksisplasser for helsefagstudenter. Kapitlet omhandler også regionsykehustilskuddet særskilt.

6.1 Hagenutvalgets forslag og høringsinstansenes syn om forskning og utdanning

6.1.1 Om samarbeidsorgan

Foretaksmøtene har fastsatt instruks til RHF-styrene om forholdet mellom foretakene og universiteter og høyskoler. Der blir det blant annet slått fast at det skal opprettes samarbeidsorgan mellom RHF og universitet og høyskoler, og at universitet og høyskoler kan ta del i planlegging av virksomhet som berører forskning og undervisning. Dette er fulgt opp i styringsdokumentene for 2003, der det forutsettes at samarbeidsorganene får en sentral rolle i forhold til sykehusenes utdanningsoppgaver og tilretteleggingen og prioriteringen av forskning i regionen. Ut over det er ikke sammensetningen og funksjonen til samarbeidsorganene regulert fra departementets side.

Det er opprettet samarbeidsorgan mellom RHF og universitet i Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest RHF, samt et felles samarbeidsorgan mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør og Helse Øst RHF. Samarbeidsorganene er lagt opp med likeverdig representasjon mellom partene, men er noe ulikt organisert. Norges forskningsråd er representert i samarbeidsorganene. Samarbeidsorganenes oppgaver og arbeidsform er regulert gjennom rammeavtaler eller mandat. Alle samarbeidsorganene fungerer som rådgivende organ i forhold til forskning og utdanningsspørsmål. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF er samarbeidsorganet tillagt beslutningsmyndighet for fordeling av forskningsmidler. Beslutninger avgjøres ved konsensus eller flertall.

Det er også opprettet rådgivende samarbeidsorgan mellom helseforetakene og høyskolene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Øst RHF. Det arbeides for å få etablert tilsvarende samarbeidsorgan i de øvrige regionene. Samarbeidsorganene med høyskolene er rådgivende for utdanning og praksisveiledning av helsefagstudenter.

6.1.2 Hagenutvalget og høringsinstansene om samarbeidsorgan

Hagenutvalget drøfter samarbeidsorganets rolle og sammensetning, og fremmer følgende forslag som skal gjelde når organet fordeler forskningsmidler:

- Samarbeidsorganet ledes av administrerende direktør for RHF der organet ikke blir enig om noe annet.
- RHF og universitet utnevner selv sine representanter til samarbeidsorganet, og deltakerne i organet sitter som representanter for henholdsvis RHF og universitet.
- Samarbeidsorganet forventes både å kunne vedta fordeling av prosjektmidler og selv initiere forskning.
- Beslutninger krever konsensus mellom universitet og RHF.

Mange høringsinstanser støtter forslaget, blant annet universitetene og tre RHF. Ingen instanser går mot forslaget. I tillegg er det kommet ulike forslag til hvordan samarbeidsorganet kan settes sammen.

Utvalget mener at samarbeidsorganet skal ha som oppgave å se til at undervisningsaktivitet i regi av høgskoler og universitet blir tatt hensyn til når funksjonsdeling innenfor de respektive helseregioner diskuteres. Utvalget finner det naturlig at finansiering og innretning av særskilte funksjoner som kompetansesentre og landsfunksjoner inngår som en del av samarbeidsorganenes ansvar.

Utvalget har vurdert hvilket organ som skal være ankeinstans i tilfeller hvor samarbeidsorganet ikke kommer til enighet om fordeling av midler til forskning innen rimelig tid. Utvalgets flertall mener at dette bør være RHF-styrene, mens mindretallet mener at det bør være foretaksrådet. Høringsinstansene er også delt i synet på dette. De RHF som har uttalt seg, støtter flertallets forslag, mens flere universiteter og Norges forskningsråd går inn for mindretallets forslag.

6.1.3 Hagenutvalget og høringsinstansene om forskning

Utvalget påpeker at dagens modell for finansiering av forskning og utdanning er uklar, og gir få insitamenter til økt fokus på disse aktivitetene. Når det gjelder forskning, foreslår utvalget at en del av basisbevilgningen til RHF fordeles:

- dels som et fast tilskudd som er likt for alle RHF,

- dels etter forskningsresultater i form av antall doktorgrader og publikasjonspoeng.

Utvalgets begrunnelse for det faste tilskuddet er at et mindre kronebeløp per region kan være nødvendig for å sikre visse basisfunksjoner. Utvalget antyder også at 25 prosent av midlene kunne fordeles som fast tilskudd og 75 prosent etter forskningsresultat. Forskningsresultat beregnes ut fra antall doktorgrader og vitenskapelige publikasjoner/artikler. Artiklene vektet etter kvalitet av tidsskriftet de publiseres i og helseforetakenes medvirkning.

Utvalget mener at det bør stilles som vilkår at samarbeidsorganet kan vedta disponering av beløpet som fordeles til forskning til RHF i statsbudsjettet. Forskningsresultater må rapporteres, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet. Utvalget har drøftet å la midlene gå via universitetene i større grad enn i dag. Etter å ha avveid ulike hensyn, har utvalget falt ned på at midlene som nå bevilges over Helsedepartementets budsjettkapitler, fortsatt bør kanaliseres via RHF.

Mange instanser støtter utvalgets forslag, og ingen instanser som har uttalt seg går mot. Flere instanser ønsker at det faste beløpet skal være høyere enn 25 prosent, gjerne 50 prosent, blant annet for bedre å kunne ivareta mulighetene for langsiktig satsing.

6.1.4 Hagenutvalget og høringsinstansene om utdanning

Utvalget foreslår at en del av basisbevilgningen til RHF fordeles basert på undervisningsaktivitet. Utvalget foreslo også at det måtte stilles vilkår om at foretakene rapporterer om undervisningsaktivitet, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet.

Forslaget støttes av mange instanser, ingen instanser går i mot.

En interdepartemental arbeidsgruppe med representanter fra Helsedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet har utredet praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten. Rapporten fra dette arbeidet har vært på høring parallelt med Hagenutvalgets innstilling. Rapporten inneholder forslag til organisering og finansiering av praksisopplæringen av helsefagstudenter. Et flertall av høringsinstansene støtter her en modell hvor finansieringen av praksisplasser forblir i budsjettammen til RHF og at midler til praksisveiledning blir øremerket i basisbevilgningen til RHF. Alternativet var en modell hvor midler overføres til høgskolene som så kjøper undervisningstjenester fra foretakene. Denne modellen fikk ikke mye støtte i høringen.

6.2 Departementets vurdering og tilråding om forskning og utdanning

6.2.1 Samarbeidsorganet

Saker av stor strategisk betydning skal, etter helseforetakslovens § 30, avgjøres i foretaksmøtet. Det er ikke gitt at eventuell uenighet om fordeling av forskningsmidler alltid vil være av en slik karakter. Helsedepartementet mener likevel at uenighet om fordeling av forskningsmidler skal kunne avgjøres i foretaksmøtet i RHF. Dette forventes å legge press på samarbeidsorganet til å komme fram til enighet. Dersom det likevel skulle vise seg at et uhensiktsmessig antall saker blir avgjort i foretaksmøtet, vil departementet vurdere behov for endring senere.

Utgangspunktet er at det skal være likeverdighet mellom partene i samarbeidsorganet. Med bakgrunn i dette vil Helsedepartementet, i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet, revidere instruksene som regulerer samarbeidet mellom universitet, høyskoler og RHF.

6.2.2 Forskning

Undersøkelser i regi av Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) har vist at Norges andel av publiserte artikler innen medisin er lav i forhold til de andre nordiske landene og at andelen leger blant doktorgradsstipendiatene synker og ikke vil dekke fremtidige behov. Helsedepartementet ønsker økt fokus på resultater og kvalitet innen forskning i sykehusene. En foreslår derfor å innføre resultatbasert finansiering ved fordeling av midler til forskning.

NIFU anslår at om lag 360 mill. kroner over Helsedepartementets budsjett benyttes til forskning i sykehusene på vegne av universitetene i 2001. Fra og med 2004 foreslår departementet å fordele 370 mill. kroner til forskning via samar-

beidsorganet etter prinsipper som Hagenutvalget tilrår, men med 40 prosent vekt på likt beløp per region og 60 prosent vekt på forskningsresultater, jf. forslag i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Dette styrker samarbeidsorganets rolle i fordeling av ressurser til forskning. Forslaget balanserer hensynet til at et visst beløp per region er nødvendig for å sikre basisfunksjoner og at modellen skal virke som insentiv til å øke omfang og kvalitet av forskning i sykehusene. Forskningsresultater beregnes på basis av publiserte artikler og fullførte doktorgrader. Med det omfanget en har hatt av forskningsresultater i årene 2000 – 2002, vil det bli fordelt om lag 550 000 kroner i tilskudd per doktorgrad i budsjettet for 2004. Modellen vil ikke medføre økte utbetalinger fra staten samlet sett dersom forskningsresultatene øker, men kun påvirke fordelingen av midler mellom RHF.

Forslaget innebærer at doktorgrader og publikasjoner som er finansiert eksternt, for eksempel ved bidrag fra legemiddelindustrien, inngår på lik linje med offentlig finansiert forskning. Ekstern finansiering er i utgangspunktet positivt, men kan samtidig være en utfordring for forskernes uavhengighet. NIFU anslår andelen næringslivsfinansiert forskningsvirksomhet ved universitetssykehusene til vel 4 prosent. Denne andelen er etter departementets vurdering så vidt beskjeden at resultatbasert forskningsfinansiering kan forsvares, også når eksternt finansiert forskning teller med i resultatene. Forslaget om at 40 prosent av den totale bevilgningen skal fordeles med likt beløp til hvert RHF er delvis begrunnet med at tilgang til eksterne forskningsmidler varierer mellom regionene.

Utdannings- og forskningsdepartementet bruker en liknende modell for å fordele ressurser mellom universiteter og høyskoler. Tre prosent av bevilgningen til universitetene er basert på fullførte doktorgrader. Utdannings- og forskningsdepartementet arbeider også med at antall publikasjoner skal inkluderes i fordelingskriteriene. Det vil bli

Tabell 6.1. Foreslått fordeling av forskningsmidler 2004 (mill. kroner).

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Alle
Fordelt etter resultat ¹	50,2	88,4	40,8	26,4	16,2	222,0
Fastbeløp	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	148,0
Sum	79,8	118,0	70,4	56,0	45,8	370,0
Andel av totalbeløp	21,6 %	31,9 %	19,0 %	15,1 %	12,4 %	100,0 %
Befolkningsandel	35,7 %	19,5 %	20,5 %	14,1 %	10,2 %	100,0 %

¹ Fordeling etter resultat er basert på data fra NIFU for artikler og doktorgrader i årene 2000, 2001 og 2002.

vurdert hvordan systemene for universitet og høyskoler og foreslått modell for RHF bør avpasses i forhold til hverandre.

Forskningsartikler og doktorgrader er resultater av langsiktig satsing. For å unngå for stor effekt av kortsiktige svingninger i forskningsproduksjonen, foreslås det at et glidende gjennomsnitt over tre år legges til grunn ved poengberegningen.

Tabell 6.1 viser fordelingen av midlene til forskning som skal fordeles av samarbeidsorganene.

Helse Sør RHF får en høy tildeling i forhold til folketallet fordi Radiumhospitalet og Rikshospitalet har stor forskningsproduksjon. Helse Øst RHF får en andel som er vesentlig lavere enn befolkningsandelen. Dersom man ser tildelingen til Helse Øst og Helse Sør RHF under ett, er den tre prosentpoeng lavere enn andelen av befolkningen. Helse Nord får en tildeling som er tre prosentpoeng høyere enn befolkningsandelen.

6.2.3 Utdanning

Høgskolene som utdanner studenter i grunnutdanning i helsefag, har i dag vanskeligheter med å skaffe nok praksisplasser. Helsedepartementet mener det må legges bedre til rette for å sikre praksisplasser for det antallet studenter en har i disse fagene.

Departementet vil sikre tilgjengelighet av praksisplasser i sykehusene gjennom sterkere eierstyring og bedre koordinering mellom utdanningssektoren og spesialisthelsetjenesten. Hagenutvalget peker også på muligheten for at tilstrekkelig antall praksisplasser kan sikres gjennom pålegg til RHF. Departementet vil i styringsbrevet for 2004 gjøre det klart at RHF skal legge til rette for praksisundervisning av et antall helsefagstudenter i grunnutdanning. Opptakskapasiteten til studiene må avklares i samarbeid mellom berørte departement.

Helsedepartementet vil vurdere effekten av dette tiltaket før en eventuelt innfører en modell med aktivitetsfinansiering, slik utvalget foreslår. I den forbindelse vil undervisningstilskuddet, som nå er en del av regionsykehustilskuddet, bli vurdert, jf kapittel 6.3. Inntil videre blir dette tilskuddet videreført. Helse Sør RHF inkluderes i tilskuddsordningen ved at det overføres et beløp fra basisbevilgningen til Helse Sør RHF til undervisningstilskuddet. Jf. også omtale i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Undervisningstilskuddet gjelder kun for medisinerstudenter i grunnutdanning. Departementet vil senere ta sikte på mer likeartet praksisfinansie-

ring, enten studentene går på universitet eller høyskole.

6.3 Regionsykehustilskuddet

Regionsykehustilskuddet har, etter sykehusreformen, vært rettet mot de fire RHF som eier tidligere regionsykehus. Tilskuddet har som formål å gi et økonomisk grunnlag for å bygge opp og vedlikeholde en infrastruktur som skal:

- ivareta universitetsklinikkfunksjonene forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning
- ivareta kostbare og høyt spesialiserte tjenester som det er faglig og økonomisk rasjonelt å samle på ett eller flere regionsykehus
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisthelsetjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå

Regionsykehustilskuddet er i 2003 på til sammen 2,1 mrd. kroner. Tilskuddet består av fire deler:

- Tilskudd til basiskostnader. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til RHF for merkostnader knyttet til å eie og drive et regionsykehus.
- Tilskudd til særskilte funksjoner, det vil si lands og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra, jf. kap. 8 Høyspesialiserte tjenester.
- Tilskudd til forskning som er rettet mot forskningsprosjekter innen klinisk forskning.
- Tilskudd til undervisning som kompenserer for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen.

Fordelingen av beløpet på ulike tilskudd og RHF er vist i tabell 6.2.

Regionsykehustilskuddet omfattet ikke de tidligere statssykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Midler til forskning, særskilte funksjoner og utdanning var en integrert del av driftsbevilgningene til disse sykehusene. Disse bevilgningene inngår nå i basisbevilgningen til Helse Sør RHF.

Det har tidligere vært nødvendig med et særskilt tilskudd fordi midlene bare skulle gå til de fire fylkeskommunene som eide regionsykehusene. Situasjonen etter sykehusreformen er at alle fem RHF eier sykehus som driver forskning og utdanning i regi av universitetene. Regionsykehustilskuddet bør derfor erstattes med en ordning som behandler RHF på en ensartet måte.

Det vises til St.prp. nr. 1 (2003–2004), der det

Tabell 6.2. Fordeling av regionsykehustilskuddet i 2003 (mill. kroner).

	Basis	Særskilte funksjoner	Forskning	Undervisning	Sum
Helse Øst RHF	421	40	22	75	558
Helse Vest RHF	431	45	32	120	628
Helse Midt-Norge RHF	361	35	21	78	495
Helse Nord RHF	346	14	21	58	438
Sum	1 558	134	96	330	2 119

foreslås et nytt tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre. Forslaget er i tråd med tilrådingene i denne meldingen (kapittel 6 og 8), og vil komme i stedet for regionsykehustilskuddet.

6.4 Forskning og utdanning: oppsummering av tiltak

1. Instruksen for samarbeidsorganene revideres, blant annet ut fra prinsippet om likeverdighet mellom RHF og universiteter/høgskoler.
2. Eventuell uenighet om fordeling av forskningsmidler i samarbeidsorganet vil bli avgjort av foretaksmøtet i RHF.
3. Midler til forskning via samarbeidsorganene fordeles mellom RHF med 40 prosent vekt på likt beløp per region og 60 prosent vekt på forskningsresultater.
4. Helsedepartementet vil gjøre det klart at RHF skal legge til rette for praksisundervisning av et antall helsefagstudenter i grunnutdanning i styringsdokumentene for 2004.

7 Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Pasientene har krav på veltilpassede helsetjenester fra første- og andrelinjetjenesten. At primærhelsetjenesten er kommunal og spesialisthelsetjenesten statlig, gjør at samarbeid og samordning blir en utfordring. Finansieringen bør ikke være avhengig av hvor behandling skjer, men hvem som utfører den og hva som gjøres.

En del medisinsk oppfølging som tidligere skjedde på sykehus tas i dag hånd om av primærhelsetjenesten, bl. a. som følge av raskere utskrivning fra sykehus. Samtidig kan en stadig større del av behandlingen på sykehus utføres poliklinisk på sykehus, hos private avtalespesialister eller ved satellittenheter som er opprettet for å unngå lange reiseavstander. Eksempler på det siste er dialyse- og cellegiftbehandling. I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) har Regjeringen foreslått at RHF overtar ansvaret for syketransport fra 2004, men med et statlig finansielt delansvar. Målsettingen med overføringen er å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til syketransport.

7.1 Dagens ordninger for desentraliserte tilbud

Nedenfor beskrives dagens statlige finansieringsordninger og de omstrukturingsprosessene som er satt i verk i helseforetakene.

7.1.1 Omstruktureringen i helseforetakene

Omstrukturingsprosessene i spesialisthelsetjenesten går i to retninger: både mot sentralisering og spesialisering, men også mot desentralisering. Det skjer en tettere kobling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i form av samlokaliserte tilbud i nærsykehus og distriktsmedisinske sentra, ved hjemmebasert spesialistbehandling i mobile team, og i form av telemedisinske tjenester der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider.

I dag er det etablert ulike virksomheter som desentraliserte poliklinikker, fødestuer, hospice, distriktsmedisinske sentre, nærsykehus og syke-

stuer. Noen av disse drives i kommunal regi, som for eksempel mange hospice-avdelinger. Andre er en del av helseforetakenes virksomhet. Fødestuer, sykestuer og distriktsmedisinske sentre er samarbeidsløsninger som har ulik organisering og ulik forvaltningstilhørighet.

Private spesialister som etablerer virksomhet i samlokaliserte tjenestetilbud får sine inntekter gjennom ordningene som er omtalt under kapittel 4.1.1. Spesialisthelsetjeneste utført i samlokaliserte enheter, f. eks. i nærsykehus, fødestuer og distriktsmedisinske sentra finansieres som øvrig spesialisthelsetjeneste, med midler fra foretakenes basisbevilgning og ISF-refusjoner for aktuelle prosedyrer (jf. punkt 7.4.1). Det er ingen særskilte statlige finansieringsordninger rettet mot denne typen virksomheter.

7.1.2 Dagens finansiering av desentralisert spesialisthelsetjeneste

ISF retter seg mot statlige helseforetak eller private sykehus som har RHF-avtale. Dette innebærer at ISF som hovedregel faller bort dersom behandlingen flyttes ut av sykehus. Det er blant annet gjort unntak for forsøk knyttet til desentralisert cellegiftbehandling og dialyse, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002) og Innst. S. nr. 243 (2001–2002). Alta helsesenter, Ørlandet medisinske senter og Nord-Gudbrandsdal Distriktsmedisinske senter på Otta mottar ISF-refusjon for slik behandling. Se også boks 7.1 om evaluering av forsøk med desentralisert dialyse.

Som del av sykehusreformen, har staten overtatt driftsansvaret for de fylkeskommunale sykestuene. I tillegg har staten overtatt driftsavtaler som fylkeskommunene hadde med sykestuer eid og drevet av kommunene. Fødsler ved sykestuer omfattes av ISF, også ved kommunalt eide sykestuer. Fra 2002 gis det også ISF-refusjon for dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister som har avtale med et RHF.

I 2001 ble det innført en egen poliklinisk takst for hjemmedialyse, det vil si enkel posedialyse som gis i eget hjem eller på sykehjem. Virksomhet som skjer desentralt i regi av en offentlig polikli-

Boks 7.1. Evaluering av desentralisert dialyse

Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning (SNF) utførte i 2003, på oppdrag fra Helsedepartementet, en evaluering av forsøksordningen knyttet til desentralisert dialysebehandling ved Ørland dialysestasjon, Alta Helsesenter og Otta legesenter. Forsøksordningen innebærer at disse tre dialyseenhetene mottar finansiering gjennom ISF fra og med 1. juli 2002.

Hovedkonklusjonen er at desentralisert dialysebehandling er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette skyldes hovedsakelig sparte reise- og tidskostnader ved at pasienter slipper å reise til Tromsø, Trondheim og Lillehammer. De behandlingmessige effektene av det desentraliserte tilbudet oppleves som svært positive både av pasientene og helsepersonellet.

Rapporten konkluderer også med at en, ut fra forsøksordningen, kan generalisere til andre fagområder, slik som cellegiftbehandling, hjerteutredning og dagkirurgi ut fra visse forutsetninger. Det er vesentlig at det lokale helsepersonellet har god kommunikasjon med spesialistene ved sykehusene. Dersom det i tillegg ikke er store økonomiske fordeler ved å organisere behandlingen i store enheter, skulle forholdene ligge godt til rette for et desentralisert tilbud.

nikk, utløser polikliniske refusjoner på ordinær måte.

7.2 Hagenutvalgets forslag om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Hagenutvalget omtaler svakheter i finansieringssystemet som medvirker til at de ulike nivåene i helsetjenesten ikke alltid virker sammen på en rasjonell måte. I korthet tar utvalget opp fire områder der det er behov for økt innsats.

- Pasienttilbud nær hjemstedet: Desentralisering av spesialisthelsetjenester fremstår ikke som særlig lønnsomt for helseforetakene.
- Samhandling: De ulike nivåene i helsetjenesten har få økonomiske insentiver til dialog og samordning. I stedet kan kontakten på tvers av nivåene oppleves som ressurskrevende og lite inntektsbringende.

- Pasientopplæring og egenmestring: Opplæring er en lovfestet oppgave for sykehusene, på linje med pasientbehandling. Opplæring er imidlertid ikke inntektsbringende. Nåværende polikliniske takst for opplæring omfatter kun pasienter med diabetes, astma eller nyresvikt.
- Forebygging: Verken primær- eller spesialisthelsetjenesten har i dag særlige økonomiske insentiver til å drive forebyggende tiltak i forhold til sine pasienter.

Hagenutvalget stiller opp følgende overordnede premisser:

- Finansieringssystemet må ikke gi opphav til unødig ressursbruk.
- Finansieringssystemet bør ikke straffe forsøk på å desentralisere spesialisthelsetjenester. Alle tjenester som med god kvalitet og god kostnadseffektivitet kan flyttes nær pasienten, bør desentraliseres.
- Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell må sees i sammenheng med beslutninger om strukturendringer. Løsningene som velges, vil være av stor betydning for samhandlingen mellom nivåene.

Hagenutvalget ønsker en utvikling vekk fra finansiering av enkelttjenester, for eksempel polikliniske konsultasjoner og laboratorie- og røntgentjenester, til finansiering av diagnoser, behandlingsprogram og behandlingsforløp. Det understrekes imidlertid at full effekt av et slikt system ikke vil oppnås så lenge ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten er delt mellom kommune og stat.

For å stimulere til samhandling og desentralisering, foreslår Hagenutvalget at staten finansierer forsøk mellom første- og andrelinjetjenesten for å prøve ut nye, organisatoriske løsninger og samarbeidsmodeller. Selv om ansvaret her er lagt til helseforetakene og kommunene, mener utvalget det er fornuftig med noe statlig finansiering av tidsavgrensede prosjekter. Som eksempel nevnes prosjekter der kommuner kjøper enklere polikliniske tjenester til sine innbyggere.

Hagenutvalget foreslår innskjerping av statlig forskrift om kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Utvalget foreslår at betaling skal løpe allerede fra femte dag etter at en pasient er definert som utskrivningsklar, ikke etter 10 dager som nå.

Opplæring av pasienter og pårørende er i lov om spesialisthelsetjeneste § 3–8 likestilt med pasientbehandling. Hagenutvalget anbefaler å integreere opplæring i utredning og behandling, men peker på at økonomiske insentiver mangler. Opp-

læringsfunksjoner må som et minimum gis en kostnadsdekning som tilsvarer det som gis andre tiltak i behandlingsforløpet.

7.3 Høringsuttalelser om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Det er svært omfattende høringsuttalelser til Hagenutvalgets innstilling innenfor områdene desentralisering og samhandling.

7.3.1 Høringsuttalelser om desentralisering og samhandling

Så godt som alle høringsinstanser er enig i at spesialisthelsetjenester bør utøves så nær pasienten som mulig. Høringsinstansene støtter også statlig finansierte forsøk for å fremme samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Flere høringsinstanser, særlig kommunene, har motforestillinger på grunn av den vanskelige kommuneøkonomien, og understreker at det må følge ressurser med nye oppgaver.

Flere pasientforeninger understreker behovet for desentralisering. Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte krever at det i fremtiden må tilstrebes at dialysepasienter har maksimalt en times reisetid til og fra behandling. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon peker på at manglende samhandling mellom allmennlege- og spesialisthelsetjenesten er et betydelig problem i forhold til utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

De RHF som har uttalt seg, slutter seg til forslag om statlig finansierte forsøk med utprøving av nye samarbeidsmodeller. Helse Øst RHF skriver: «Utvalget peker på at dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar i noen tilfeller kan hindre rasjonelle behandlingsløsninger. Helse Øst er enig i utvalgets vurdering av dette og anbefaler at det snarest iverksettes nærmere utredninger med sikte på å samle ansvaret for hele kjeden av helsetjenester under ett og samme ansvar.»

Kommuner og Kommunenes sentralforbund støtter forslaget om at tjenester bør gis samme finansiering uavhengig av hvor tjenesten er lokalisert. Alta kommune og Nordreisa kommune har begge erfaringer med desentralisert spesialisthelsetjeneste. Alta kommune viser til at det allerede i dag finnes en rekke samarbeidsmodeller som er utprøvd og evaluert, og at hovedutfordringen er å finne en finansieringsløsning. Nordreisa kommune viser til at medisinsk behandling og observa-

sjon på sykestue forhindrer innleggelse på et høyere nivå i tiltakskjeden, og mener at spesialisthelsetjenesten kan organiseres på en samfunnsøkonomisk rimeligere måte ved bruk av sykestuer.

7.3.2 Høringsuttalelser om betaling for utskrivningsklare pasienter

Høringsinstansene er delt i synet på kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Et flertall uttrykker at de støtter dagens regelverk, men uttrykker tvil om det er behov for en ytterligere innstramming. Flere høringsinstanser peker på at det er spesialisthelsetjenesten som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uavhengig av primærhelsetjenestens oppfatning av pasientens behov. Kommunenes sentralforbund støtter ikke utvalgets forslag og mener gode samarbeidsløsninger må være tuftet på partnerskap og likeverdighet, ikke bøter. RHF, som har uttalt seg, går inn for en innstramming, slik Hagenutvalget foreslår.

7.3.3 Høringsuttalelser om pasientopplæring og veiledning

Svært mange pasientforeninger støtter forslaget om å integrere pasientopplæring og veiledning i finansieringssystemet. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon mener pasientopplæring må innarbeides i finansieringssystemet for alle grupper med kronisk sykdom.

7.3.4 Høringsuttalelser om forebygging

Flere høringsinstanser er kritiske til at forebyggende arbeid i liten grad er omtalt i Hagenutvalgets innstilling, og etterlyser endringer i finansieringssystemet som støtter opp om forebyggende virksomhet i helsetjenesten.

7.4 Departementets vurdering og tilråding om desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Følgende tiltak drøftes i dette kapitlet:

- Utvidelse av ISF innen desentralisert behandling
- Betaling for utskrivningsklare pasienter
- Endring i poliklinisk takst for pasientopplæring
- Forebygging
- Utvalg for å utrede bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

- Fødestuer
- Statlig finansierte forsøk

7.4.1 Innsatsstyrt finansiering av desentralisert behandling

Dagens finansieringsordning er i stor grad rettet mot behandling på sykehus, og kan bremse ønsket endring i struktur og organisering. Videre kan oppdeling av finansieringsansvaret i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingstilbud, for eksempel ved at pasienter skyves mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig at behandlingen, ikke organiseringen, er styrende for statens finansiering.

I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) har departementet foreslått å overføre ansvaret for syketransport til RHF fra 2004, men med et statlig finansielt delansvar. Det er et viktig tiltak for å legge til rette for økt desentralisering av behandlingstilbud. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) foreslår en å utvide ISF fra 2004 til i større grad å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste utført ved institusjoner som ikke er godkjent som sykehus, blant annet sykestuer og distriktsmedisinske sentre. Det forutsettes at behandlingen skjer i regi av spesialisthelsetjenesten. Forslaget er en utvidelse av en forsøksordning som ble vedtatt i forbindelse med behandling av St.prp. nr. 59 (2001–2002). Dette forsøket har omfattet dialyse, og er evaluert som vellykket, jf. boks 7.1. Departementet foreslår at ordningen gjøres landsdekkende fra 2004 og suppleres med tilsvarende ordning for cellegiftbehandling. Cellegift og dialyse er behandlinger som gjøres mange ganger og som genererer mye reisetid for hver pasient. Behandling nærmere hjemmet vil da spare pasienten for unødig reising og samfunnet for reiseutgifter. Basert på erfaringer vil det senere bli vurdert å utvide ordningen til å omfatte hjerteutredning og eventuelle andre behandlingsformer.

Det vil bli stilt krav om dokumentasjon av tilbudet fra RHF.

7.4.2 Betaling for utskrivningsklare pasienter

Sykehusene kan i dag kreve inn døgntakst fra kommunene for utskrivningsklare pasienter. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er innskjerpet fra og med 2003. Betalingsplikten inntreffer tiende dag etter at en pasient er definert som utskrivningsklar, og betalingssettene er oppjustert i forhold til tidligere. På bakgrunn av at reglene ble strammet inn for kort tid siden, foreslår departementet ingen endring nå.

Departementet har vurdert å la forskriften gjelde også for pasienter innen psykiatrien, men foreslår å avvete til opptrappingsplanen for psykisk helse er fullført. Kommunene vil da være bedre rustet til å ta imot denne pasientgruppen.

7.4.3 Takst for pasientopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er likestilt med pasientbehandling i lov om spesialisthelsetjeneste, og departementet ser behov for å bedre finansieringsordningene på dette området. Pasientenes egne ressurser til å bedre egen helse og forebygge sykdom kan utnyttes mye bedre enn i dag. Mange sykehusinnleggelseser kunne vært unngått dersom pasientene hadde fått bedre oppfølging og opplæring i å mestre sin sykdom.

I dag gis poliklinisk refusjon for tverrfaglige opplæringsprogram for astmatikere, diabetikere og pasienter med nyresvikt. Disse programmene inkluderer brukerkompetanse og er i stor grad basert på gjennomføring i små grupper. Departementet ønsker å gjøre de polikliniske takstene til opplæringsprogram uavhengig av diagnose fra 2004. Dermed vil pasienter med langvarige lidelser der diagnose ikke er stilt, for eksempel smertepasienter, også inkluderes. Tiltaket vil kunne innebære at behovet for kontroller på poliklinikkene reduseres. Taksten krever gruppeundervisning og må inkludere brukerkompetanse. Opplæringsprogrammet må være i regi av et helseforetak og en lege må være ansvarlig for gjennomføring og innhold. Pasientene må være henvist fra lege for at takst skal kunne kreves. Det vises til nærmere omtale av forslag i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

7.4.4 Forebyggende arbeid

Effektive forebyggings tiltak kan redusere behovet for sykehusbehandling, og dermed bidra til kortere ventelister og ventetider. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, pekes det på at spesialisthelsetjenesten har viktige oppgaver innen:

- overvåking av sykdom og risikoforhold
- veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten
- individrettet forebygging

Forebygging tas i liten grad opp av Hagenutvalget. Med unntak av takst for pasientopplæring har helseforetakene i dag få økonomiske insentiver til forebyggende arbeid, mens behandling stimuleres av ISF og poliklinikktilskuddet. Å vri personellressursene over til forebyggende arbeid medfører

derfor et inntektstap for helseforetakene. Forslaget om å øke basisbevilgningen svarende til en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent, vil kunne motvirke denne effekten og stimulere forebyggingsinnsatsen.

Departementet vil videre stille krav i styringsdokumentet for 2004 til at RHF skal tilby opplærings- og egenmestringsprogrammer for utvalgte pasientgrupper, følge opp registre innen sykdoms- og risikoovervåkning og veilede og samarbeide med primærhelsetjenesten. Det er et mål å utvikle indikatorer for å kartlegge og påvirke forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Sintef Unimed har gjennomført en kartlegging av forebyggende innsats i Helse Midt Norge RHF på oppdrag fra Helsedepartementet. Den vil være et eget utgangspunkt for en nasjonal kartlegging og utvikling av indikatorer.

7.4.5 Samarbeidstiltak og utredning av langsiktige løsninger

Det finnes mange eksempler på samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som fungerer godt, jf. boks 7.2. Men mye kan fortsatt gjøres for å forbedre dette. Særlig er det et behov for bedre samarbeid mellom helseforetak og kommuner om ferdigbehandlede pasienter som har store oppfølgingsbehov. Sosialkomiteen uttaler i B.innst. S. nr. 11 (2002–2003) blant annet:

«Slik komiteén ser det, bør samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bli betydelig bedre enn tilfellet er i dag. Særlig er det viktig etter komiteéns mening at allmennlegene i større grad overtar kontrollfunksjonen etter sykehusinnleggelse der dette er faglig forsvarlig. Et annet viktig samarbeidsproblem mellom foretakene og primærhelsetjenesten er mottaket av ferdigbehandlede pasienter på spesialistnivå. Pasientenes liggetid er i dag kortere i foretakene enn tidligere, noe som skaper et sterkt press på primærkommunene for å ta imot disse pasientene til forsvarlig oppfølging og omsorg.»

og:

«Komiteens flertall vil påpeke at dersom sykehjem skal kunne motta pasienter til rehabilitering etter sykehusopphold, så nødvendiggjør dette en omlegging av driften ved de fleste av dagens sykehjem, slik at enkeltsteder kan brukes til intermedieeropphold før utskrivelse til hjemmet. Det er ønskelig å tilrettelegge for slike plasser både i form av akuttsteder ved sykehjemmene og i form av en ren sykestuedrift i enkeltkommuner der dette framstår som hen-

Boks 7.2. Eksempler på samarbeid mellom helseforetak og kommuner

Sørlandet sykehus HF og Tvedestrand kommune har gjennom formalisert samarbeid utviklet en helhetlig omsorgskjede som brukerne er godt fornøyd med.

Kompetanseheving innen rehabilitering er blitt gjennomført i et samarbeid mellom Akershus Universitetssykehus HF og kommunene Rælingen og Ullensaker.

Sykehuset Namsos HF har bygget opp et ambulerende, geriatrik team som, i tillegg til sykehusbasert poliklinikk, har hatt en utstrakt utadrettet virksomhet mot 16 kommuner. En del av virksomheten er tverrfaglig utredning av eldre pasienter både i pasienters hjem, på legekontor og i sykehjem. Teamets arbeid har ført til større kunnskap om behov for rehabilitering, økt henvisning av eldre med sammensatte problemer til behandling i spesialisthelsetjenesten, samt riktigere diagnosesetting og medisinerings av eldre pasienter.

Lindrende behandling for kreftsyke er etablert som et særskilt tilbud ved Eikertun sykehjem i Øvre Eiker kommune, i samarbeid med Ringerike Sykehus HF og Sykehuset Buskerud HF.

I samarbeid mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF er det opprettet et geriatrik tilbud som både har ført til redusert dødelighet blant eldre pasienter og bedre samarbeid med primærhelsetjenesten. Nye tilbud rettet mot syke, eldre pasienter er bygget opp ved sykehuset. I 2002 ble en intermedieeravdeling ved Søbstad sykehjem etablert. Enheten skal gi fullverdig medisinsk tilbud til pasienter som er utskrevet fra sykehus og som skal tilbake til hjemmet og ikke til annen institusjon.

Asker kommune og Bærum kommune har gått sammen med Sykehuset Asker og Bærum HF om en spesialenhet for pasienter som er ferdigbehandlet, men for syke til å reise hjem. Kommunene og sykehuset deler på kostnadene ved den nye sengeenheten, som er etablert i 2003.

siktsmessig. Flertallet påpeker at ansvaret for behandlingen av pasienter som behøver denne typen tilbud, vil ligge i skjæringspunktet mellom første- og annenlinjetjenesten, og økonomien knyttet til driften av slike behandlingsplasser må dermed avklares.»

For å stimulere til desentralisering og samhandling, foreslår Hagenutvalget at staten finansierer utprøving av nye organisatoriske løsninger og samarbeidsmodeller mellom første- og andrelinjetjenesten. Forsøk med kommunalt bestilleransvar er ikke foreslått av Hagenutvalget, men omtales i innstillingen. I høringen støtter flere kommuner en slik idé, spesielt nordnorske kommuner med erfaringer med sykestuer og desentralisert spesialisthelsetjeneste, og Oslo kommune, som mener at bestiller/utførermodeller må utredes.

Sykehusreformen er fortsatt i en gjennomføringsfase. RHF står foran en rekke krevende oppgaver, og må ha fokus på disse før det settes i gang nye forsøk. Departementet vil derfor ikke ta initiativ til å sette i gang forsøk som i vesentlig grad endrer på rolle- og ansvarsforholdene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten allerede nå.

Departementet ser behov for tiltak som kan fremme bedre dialog og tettere samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Samtidig er det nødvendig å vurdere nåværende struktur og organisering i dagens helsetjeneste, sett i lys av behovet for bedre samhandling og integrasjon mellom ulike aktører og nivåer i 1. og 2. linjetjenesten.

Følgende tiltak iverksettes:

- Gjennom konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren ble det i februar 2003 bestemt å opprette en arbeidsgruppe mellom Kommunenes Sentralforbund og berørte departementer for å følge utviklingen i samspillet mellom første- og annenlinjetjenesten.
- Desentralisering og samhandling er etablert som strategisk satsingsområde for RHF. RHF har ansvar for selv å initiere samarbeidstiltak med førstelinjetjenesten og initiativ til samarbeid er allerede tatt, jf. boks 7.2.
- Regjeringen vil høsten 2003 sette ned et utvalg som skal vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget skal legge til grunn hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling der kommunene har ansvar for kommunehelsetjenesten og staten ansvar for spesialisthelsetjenesten. Videre skal utvalget ta utgangspunkt i reformer som nylig er gjennomført, bl.a. fastlegereformen, sykehusreformen og den besluttede rusreform I, samt forslag i denne meldingen til hovedinntektsmodell for RHF. Utvalget skal analysere svakheter i dagens helsetjeneste ut fra store pasientgruppers behov for et helhetlig tilbud fra første- og andrelinjen og vurdere økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kan stimu-

lere til bedre samhandling mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Utvalget skal også utrede delløsninger der deler av helsetjenesten organiseres eller finansieres på en ny måte.

7.4.6 Fødestuer

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002–2003) fattet Stortinget følgende vedtak (B.innst. S. nr. 11 (2002–2003), XII):

«Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av fødestuenes finansiering og komme tilbake til Stortinget med dette. Drift av de godkjente offentlige fødestuene skal være foretaketnes ansvar, faglig og økonomisk.»

Fødestuene har i lang tid vært en viktig del av en helhetlig og desentralisert fødselsomsorg. I følge lov om helsetjeneste i kommunene § 1–3, omfatter kommunens helsetjeneste blant annet helsestasjonsvirksomhet og jordmortjeneste. Fødestuene kommer inn under spesialisthelsetjenestelovens § 3–1 om øyeblikkelig hjelp. I fødestuene legges det opp til at jordmødrene både har ansvar for svangerskapskontroll (primærhelsetjeneste), og for forløsning og fødselsomsorg (spesialisthelsetjeneste). En annen viktig oppgave er å sørge for at mulige risikofødsler henvises til sykehus. Fødestuer er en god faglig løsning der én integrert tjeneste tilbys desentralisert og på tvers av tjenestenivåene. Det drives i dag 15 fødestuer. Av disse er fire lokalisert i sykehus. Sekretariatet for Nasjonalt råd for fødselsomsorg opplyser at alle fødestuer har et samarbeid med primærhelsetjenesten om løsning av de lovpålagte oppgavene i primærhelsetjenesten for svangerskapsomsorg. Fødestuene finansieres av spesialist- og primærhelsetjenesten i fellesskap. Finansiering og organisering varierer fra sted til sted, for eksempel:

- Nordlandssykehuset Lofoten HF driver en jordmorstyrt fødestue som selger tjenester knyttet til oppfølging av gravide til tre kommuner i Lofoten. Fødestuen tilbyr også risikoutvelgelse av gravide for å finne egnet fødested. Jordmødrene er tilsatt ved fødestuen, men driftskostnadene er delt på svangerskapskontroll (primærhelsetjeneste) og fødselsomsorg (spesialisthelsetjeneste). Stipend og dekking av flytteutgifter til jordmødre dekkes av fødestuen og de aktuelle kommunene sammen.
- Ved Alta fødestue deler Helse Finnmark HF og Alta kommune utgiftene til fire sengeenheter i henhold til en årlig takst per seng. I tillegg påløper det utgifter til de kommunale oppgave-

ne knyttet til svangerskapskontroll, som dekkes av kommunen. Kommunen har arbeidsgiveransvaret for jordmødrene.

- Ved Ørland fødestue refunderer St. Olavs hospital HF utgifter i henhold til antall fødsler og liggedøgn. Øvrige kostnader dekkes gjennom et interkommunalt samarbeid. Også her har kommunen arbeidsgiveransvaret.

I retningslinjene til fødeinstitusjoner fra Statens helsetilsyn stilles faglige krav til fødestuer, blant annet:

«En fødestue har kompetanse til å behandle utvalgte fødende der en ikke venter komplikasjoner under fødselen eller forventer operative forløsninger. En fødestue har kontinuerlig vaktberedskap av jordmor og har årlig minst 40 fødsler, for å ha nødvendig pasientvolum til å opprettholde behandlingskvaliteten.»

Det er stilt særlige krav til utvalg av gravide for inntak ved fødestuene. Ved fødestuer med lang transporttid til kvinneklinikk eller fødeavdeling bør seleksjonen være streng, og førstegangsfødende anbefales å planlegge fødsel ved fødeavdeling, kf. Helsetilsynets retningslinjer.

I følge retningslinjene bør pasientvolumet ved en fødeavdeling være 400–500 fødende per år. Grunnet synkende fødselstall er det utredet å gjøre om fødeavdelinger ved de minste sykehusene til fødestuer.

Departementets forslag vedrørende ansvarsforholdene og fødestuenes finansieringer basert bl.a. på innspill fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

Grovt sett kan man se for seg to alternative løsninger for ansvar og drift av fødestuene:

1. RHF har hele ansvaret. Dette omfatter drift, personell, økonomi samt faglig ansvar. Finansiering dekkes i sin helhet av helseforetakene.
2. Avtalebasert samarbeid. RHF gis overordnet fag- og driftsansvar og gjør avtale med aktuelle kommuner om deling av kostnader og ansvar for personell. Varianter med delt drifts- og arbeidsgiveransvar vil være aktuelt innenfor dette alternativet.

Alternativ 1 innebærer at RHF overtar institusjoner som i dag utfører svangerskapskontroll og helsestasjonsoppgaver som del av virksomheten. En slik løsning forutsetter at staten foretar et uttrekk av rammetilskuddet til kommunene som svarer til kostnadene ved drift av virksomheten som overføres til RHF.

Alternativ 2 innebærer at alle fødestuer blir en

organisatorisk del av fødselstilbudet som RHF har ansvar for, og inngår i utredninger og planer for utvikling av regionale ordninger. Som en konsekvens av dette foreslås at lederne for fødestuene er ansatt i helseforetakene. Avtalene forutsettes å regulere finansiering av driften i henhold til fordelingen av oppgaver innen primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Avtalene kan også omfatte fordeling av stillingshjemler og arbeidsgiveransvar mellom tjenestenivåene.

Begge alternativene oppfylder Stortingets forutsetninger i romertallsvedtaket i B.innst. S. nr. 11 (2002–2003) om at fødestuenes drift skal være foretakenes ansvar, både faglig og økonomisk. Departementet tilrår imidlertid at RHF ikke gis ansvar for å ivareta lovpålagte primærhelsetjenestep oppgaver, men at svangerskapskontroll og helsestasjoner fortsatt er kommunenes ansvar. Alternativ 1 reiser behov for videre utredning av ansvarsdelingen mellom nivåene i helsetjenesten og en revidering av lovverket, og medfører at RHF overtar oppgaver fra primærhelsetjenesten. Det ville også medføre at en får ulik ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i ulike kommuner. Alternativ 2 er i overensstemmelse med dagens lovverk og funksjonsfordeling og gjør det dessuten ikke nødvendig å overføre budsjettmidler fra kommunene til RHF. Departementet går derfor inn for dette alternativet, og vil følge det opp i styringsdokumentet til RHF for 2004.

7.5 Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging: oppsummering av tiltak

1. ISF foreslås utvidet til også å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste utenom sykehus for dialyse og cellegiftbehandling.
2. Nåværende poliklinisk takst for pasientopplæring foreslås utvidet til å omfatte alle pasienter, uavhengig av diagnose, fra og med 2004.
3. Det vil bli satt ned et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
4. Det vil bli stilt krav i styringsdokumentet for 2004 om å tilby opplærings- og egenmestringsprogrammer for utvalgte pasientgrupper. Krav til RHF vil bli konkretisert når det gjelder sykdoms- og risikoovervåking og veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten.
5. RHF gis overordnet drifts- og fagansvar for fødestuene. RHF og aktuelle kommuner inngår et avtalebasert samarbeid om deling av kostna-

der og ansvar for personell ved fødestuene basert på dagens funksjonsfordeling.

I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) foreslår Regjeringen dessuten at RHF skal overta ansvaret for syke-

transport, men med et statlig finansielt delansvar. Dette vil være et viktig tiltak for å stimulere til desentralisering av spesialisthelsetjenester.

8 Høyspesialiserte tjenester

I dette kapitlet foreslås et nytt system for styring og finansiering av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentre innen høyspesialisert medisin.

8.1 Dagens ordninger for høyspesialiserte tjenester

Ved norske sykehus har vi 32 landsfunksjoner, 20 flerregionale funksjoner og 41 nasjonale, høyspesialiserte kompetansesentre.

Lands- og flerregionale funksjoner kjennetegnes ved:

- sjeldne lidelser, som det ikke er hensiktsmessig å bygge opp tilbud for flere steder
- ofte kostbare investeringer
- tilbudet krever høy kompetanse

Landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre er lokalisert ett sted, mens flerregionale funksjoner utføres ved to til tre sykehus. Ved lands- og flerregionale funksjoner tilbys pasientbehandling, mens kompetansesentre i hovedsak driver fagutvikling, kompetanseheving og veiledning.

Nasjonale kompetansesentre innen høyspesialisert medisin har i oppgave å fungere som nettverk for kompetanseoppbygging, kompetanseoverføring og veiledning av helsepersonell. Godkjente landsfunksjoner skal også ivareta kompetansesenteroppgaver på sine områder.

8.1.1 Statlig styring av høyspesialiserte tjenester

Helsedepartementet kan pålegge sykehus å ha lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesenterfunksjoner. Likeledes kan departementet pålegge et sykehus å utvikle slike funksjoner. At et sykehus er tildelt en lands- eller flerregional funksjon, forplikter ikke andre sykehus eller regioner til å henvise sine pasienter dit. Et sykehus med slike funksjoner er således avhengig av sin kompetanse og sitt renommé for å motta pasienter.

Norge er eneste land i Norden med en statlig styring av høyspesialiserte funksjoner. Sverige, Danmark og Finland har lagt disse avgjørelsene til lokalt forvaltningsnivå eller regionale myndigheter. Universitetssykehusene i disse landene står dermed friere til å opprette, utvide eller utvikle funksjoner innenfor avtaler som er inngått med regionale myndigheter. Dette har medført at høyspesialiserte funksjoner utøves ved mange universitetssykehus, dels i konkurransen med hverandre.

8.1.2 Organisering og finansiering av høyspesialiserte tjenester

I 2003 bevilges om lag 100 mill. kroner som øremerket tilskudd til særskilte funksjoner over regionsykehustilskuddet. I tillegg kommer ISF-finansiering til pasientens bosteds-RHF. Enkelte funksjoner og sentre er finansiert over basisbevilgningen til RHF, uten egne tilskudd. Dette gjelder blant annet særskilte funksjoner ved Rikshospita-

Tabell 8.1. Organisatorisk plassering av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale høyspesialiserte kompetansesentre.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Landsfunksjoner	2	22	4	3	1	32
Flerregionale funksjoner	0	11	6	3	0	20
Kompetansesentre	3	12	15	7	4	41

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet 2003.

let og Radiumhospitalet, som er finansiert over basisbevilgningen til Helse Sør RHF. Det RHF som utfører behandlingen mottar også gjestepasientbetaling fra pasientens bosteds-RHF.

Tabell 8.1 viser fordelingen av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre. De fleste funksjoner og kompetansesentre er lagt til Helse Sør RHF. Helse Vest og Helse Midt-Norge RHF har også et betydelig antall funksjoner og sentre, mens Helse Øst og Helse Nord RHF har få.

Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en gjennomgang av alle funksjoner og sentre, der blant annet økonomi, pasientgrunnlag og organisering blir vurdert. Samlet årlig budsjett ved landsfunksjoner er anslått til om lag 280 mill. kroner. For flerregionale funksjoner er det anslått til om lag 130 mill. kroner, og for kompetansesentrene om lag 250 mill. kroner. Dette beløpet omfatter trolig også en del pasientbehandling.

8.1.3 Pasientenes tilhørighet

Både Hagenutvalget og Sosial- og helsedirektoratet har påvist store forskjeller mellom regionene når det gjelder pasientenes tilgang til høyspesialiserte funksjoner. Ulikhetene i tilgang til landsfunksjonene ved Rikshospitalet illustreres i figur 8.1. Det er vesentlig større sannsynlighet for at en pasient fra regionene Sør eller Øst blir behandlet ved en av landsfunksjonene som er lokalisert ved Rikshospitalet, enn for pasienter fra de øvrige regionene.

En finner også skjevheter i den geografiske tilhørigheten til pasientene ved de tre landsfunksjonene ved Helse Bergen (avansert brannskadeavdeling, hyperbar medisin og strålekniv). Det er der en stor dominans av pasienter fra Vestlandet (NOU 2003:1).

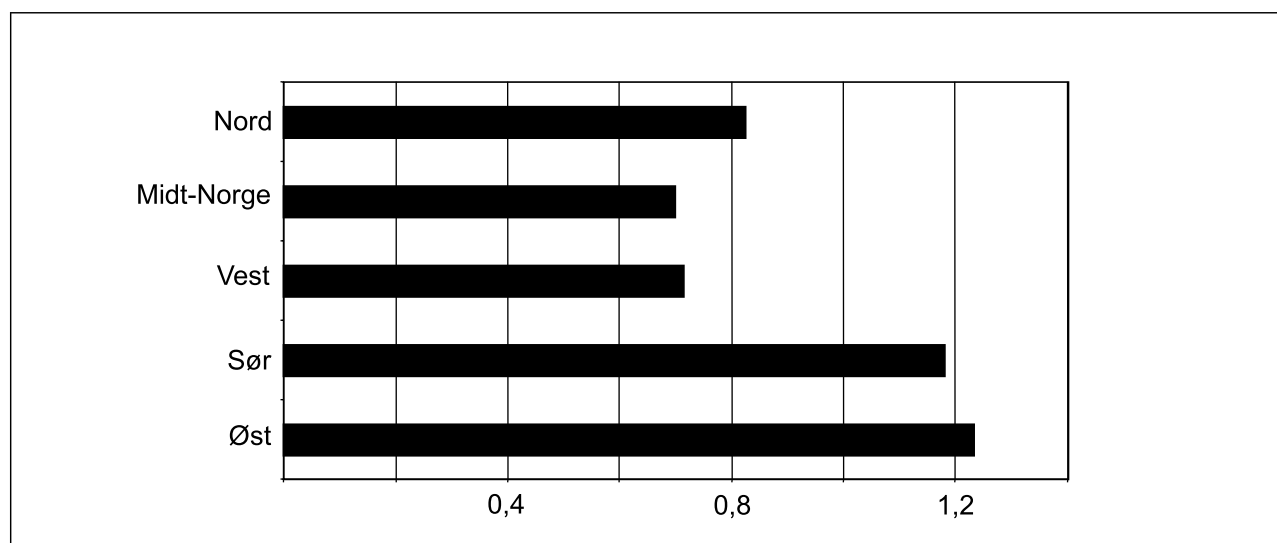
Nyere tall fra Sosial- og helsedirektoratet viser også at en Akershus-pasient har om lag tre ganger høyere sannsynlighet enn en Troms-pasient for å bli henvist til en landsfunksjon. Insidensen (antall behandlede pasienter per 1000 innbyggere) er 21 i Troms og 65 i Akershus. Bostedsfylkene som kommer dårligst ut, er Troms, Finnmark, og alle fylkene i Midt-Norge. Oslo-pasienter ligger også under gjennomsnittet, mens spesielt Akershus og Hordaland kommer godt ut.

Årsakene til de geografiske skjevhetene er ikke kjent. En delforklaring kan være at bruk av en helsetjeneste forsterkes av geografisk nærhet.

8.2 Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om høyspesialiserte funksjoner

I følge Hagenutvalget, har dagens finansiering av høyspesialiserte funksjoner blant annet gitt følgende erfaringer:

- Regionene stilles overfor ulike priser, noe som kan skape ulik tilgang.
- Det er fare for at prisene på tilbudet blir satt for høyt (monopolprising) eller for lavt (få vil dele på regningen).



Figur 8.1. Antall pasienter behandlet ved Rikshospitalets landsfunksjoner i 2001 etter geografisk tilhørighet. Rater per innbygger.

Kilde: NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

- Det er uenighet om på hvilket nivå prioriteringene skal skje.
- Nye medikamenter og behandlingsmetoder innføres ofte uten tilstrekkelig kritisk vurdering.

Hagenutvalget understreker at høyspesialiserte funksjoner må være gjenstand for nasjonal styring og prioritering, bl.a. ut i fra krav til høy kvalitet på pasientbehandlingen og effektiv ressursutnyttelse. Utvalget foreslår følgende modell for finansiering av pasientbehandling ved høyspesialiserte funksjoner.

1. Staten definerer og tildeler lands- og flerregionale funksjoner, som i dag.
2. Midlene til høyspesialiserte funksjoner innarbeides i statens generelle finansiering av RHF.
3. Så langt som mulig inkluderes høyspesialisert behandling i DRG-systemet, og DRG-relaterte priser benyttes mellom RHF der ikke annet avtales. Utvikling av DRG-prisene må skje i lys av kostnader som påløper ved sammenliknbare funksjoner i andre land. Der DRG-finansiering ikke er mulig, kan det utvikles priser for behandlingsprogrammer, eller utgiftene til funksjonene fordeles etter innbyggertall.
4. RHF inngår avtaler om bruk av lands- og flerregionale funksjoner, herunder pris og volum. Ved uenighet mellom partene, fastsetter staten normerte priser og minstevolum.

Hagenutvalget foreslår at statens regulering av nasjonale kompetansesentre innen høyspesialisert medisin opprettholdes. Etter utvalgets mening, må statlig tildeling av nasjonale kompetansesentra følges av statstilskudd til det RHF som har ansvaret for driften. Senere års statstilskudd må deretter baseres på oppfølging og dokumentasjon av resultater fra virksomheten. I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, må dette finansieres på linje med annen pasientbehandling.

Flesteparten av pasientorganisasjonene støtter en sterk statlig styring av dette området, og alle organisasjonene understreker at disse funksjonene bør finansieres fullt ut fra staten, slik at tilbudet til pasientene ikke står og faller med økonomien ved det enkelte sykehus. Mange pasientorganisasjoner ber dessuten om at det skapes ro og trygghet for pasientene for at et høyspesialisert tilbud finnes når de trenger det.

RHF, som har uttalt seg, støtter Hagenutvalgets forslag til styring og finansiering av høyspesialiserte funksjoner. RHF er i første rekke opptatt av å få utviklet kostnadsdekkende priser for høy-

spesialiserte funksjoner, og ber om at arbeidet med å utvikle mer spesifikke DRG-vekter settes i gang.

Legeforeningen advarer mot at det etableres et system der den enkelte leverandør av helsetjenester sitter igjen med mye av den økonomiske risikoen. Legeforeningen er dessuten skeptisk til forslaget om at «staten fastsetter normerte priser ved minstevolum» ved uenighet mellom partene, da dette i praksis kan bli et svarteperspill der all risiko faller på det sykehuset som er tildelt en funksjon. Legeforeningen foreslår at det i stedet etableres et system som dels reflekterer kostnader ved tilsvarende tjenester i andre land, og dels baseres på en felles fremforhandlet oppfatning om hva det koster å drive de ulike lands- og flerregionale funksjoner.

8.3 Departementets vurdering og tilråding om høyspesialiserte tjenester

8.3.1 Styring av høyspesialiserte funksjoner

De siste årenes diskusjon om høyspesialiserte funksjoner har i stor grad dreid seg om størrelsen på regionsykehustilskuddet, og i mindre grad om *hva* staten skal styre, eksempelvis pasientomfang og tjenestetilbud. Departementet foreslår endringer med sikte på å fokusere og begrense statens styring til det som er helt nødvendig, etablere en enklere finansieringsordning, samt stille mer konkrete krav til RHF.

For å sikre nasjonal styring og prioritering, mener departementet at staten fortsatt bør bestemme hva som skal være landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre og ved hvilke RHF disse skal være lokalisert. Det er behov for å sentralisere høyspesialisert kompetanse, og når pasientgrunnlaget er lite, taler både kvalitetshensyn og ressursbruk for at funksjoner ikke bør spres.

Departementet foreslår at staten ikke lenger skal bestemme hva som til enhver tid er flerregionale funksjoner. RHF forutsettes å inngå et samarbeid om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt å etablere nødvendige avtaler om kostnadsdeling eller kjøp av tjenester. Departementet legger til grunn at slikt samarbeid er lettere å få til mellom fem RHF enn det var mellom 19 fylkeskommuner. Ved uenighet skal staten kunne avgjøre lokalisering av flerregionale funksjoner. Statens mulighet til å pålegge RHF å opprette eller utvikle slike funksjoner, bør derfor opprettholdes.

8.3.2 Tilskudd til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering

Det gis et øremerket tilskudd til høyspesialiserte funksjoner over regionsykehusstilskuddet, jf. tilskudd til særskilte funksjoner som er omtalt i kapittel 6.3. I dette avsnittet drøftes dette tilskuddet i forhold til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering. I avsnitt 8.3.5 drøftes det i forhold til nasjonale kompetansesentra.

RHF som mottar pasienter må få sine kostnader dekket. Det må unngås at uenighet om finansiering hindrer oppbygging av nødvendige funksjoner. Prisen må ikke være så høy at det hindrer at pasienter får nødvendig behandling, eller at det oppstår uhensiktsmessig dublering av tilbud. Utnyttelse av monopolkraft må forhindres.

Argumenter *for* fortsatt statlig øremerket tilskudd:

- RHF som har ansvar for en høyspesialisert funksjon sikres et økonomisk driftsgrunnlag, f.eks. en bestemt andel av de faste infrastrukturkostnadene.
- Statlig subsidiering av behandlingstilbudet stimulerer til at det ikke bygges opp parallelle tilbud som kan være samfunnsøkonomisk ulønnsomt.

Argumenter *mot* fortsatt statlig øremerket tilskudd:

- Landsfunksjoner brukes mest av pasienter fra RHF hvor funksjonen er lokalisert. I praksis innebærer det øremerkede tilskuddet at staten subsidierer helsetjenestetilbudet i regionen.
- Dagens nivå og fordeling av tilskudd er forholdsvis tilfeldig og neppe i samsvar med faktiske infrastrukturkostnader.
- Det er regnskapsmessig komplisert å skille ut høyspesialiserte funksjoner, noe som gjør oppfølging og kontroll med bruken vanskelig. Det vises til Dokument nr. 3:8 (1997–1998).

Departementet støtter Hagenutvalgets vurdering, og foreslår at dagens øremerkede tilskudd til lands- og flerregionale funksjoner avvikles fra og med 2004. Midlene foreslås innlemmet i basisbevilgningen til RHF og fordelt i tråd med kriterier foreslått i kapittel 10. Dette vil understøtte sørge for-ansvaret som RHF har for alle pasienter i sin region. Ved etablering av nye, høyspesialiserte funksjoner forutsettes det at RHF sørger for kostnadsdekning gjennom avtaler med øvrige RHF. RHF må da, i samarbeid, vurdere behovet for behandlingstilbudet opp mot andre behov. Det bør medføre at høyt prioriterte pasientgrupper får bed-

re tilgang til behandling enn i dag. Hagenutvalget anbefaler avtaler om minstevolum av pasienter for å øke forutsigbarheten av inntekter. Det vil være opp til RHF å ta initiativ til å utforme slike avtaler. Staten vil som eier kunne stille krav til innholdet i avtalene dersom det ikke blir enighet mellom RHF.

8.3.3 Videreutvikling av DRG-finansiering av høyspesialiserte funksjoner

Det gis ISF-refusjon fra staten for alle pasienter som får utført høyspesialisert behandling ved sykehus.

For enkelte typer høyspesialisert behandling er finansiering ivaretatt gjennom egne DRG. Det ytes også tilleggsrefusjoner for særlig dyre implantater, medisiner og behandlingsregimer. Transplantasjoner har egne DRG. På de fleste områdene er imidlertid ikke klassifiseringssystemet så finmasket at den mest avanserte behandlingen er skilt ut som egen DRG. Kostnadsvekten for en DRG uttrykker en gjennomsnittskostnad, og ISF-dekningen vil dermed være ulik ettersom opphold avviker fra gjennomsnittet. Den mest avanserte behandlingen utgjør ofte de mest ressurskrevende oppholdene, men ISF-systemet avspeiler ikke dette godt nok i dag.

Departementet foreslår, i tråd med Hagenutvalgets forslag, at det utvikles mer treffsikre og spesifikke DRG for høyspesialisert behandling på flere områder enn i dag. Det antas å ta to til tre år. Det vises til kapittel 2 i meldingen, der departementet foreslår å videreutvikle DRG-systemet.

8.3.4 Avvikling av normerte priser for høyspesialiserte funksjoner

RHF har et innbyrdes økonomisk oppgjør for pasienter med bosted i en annen region enn der de behandles (gjestepasientoppgjør). Slike oppgjør er særlig aktuelle for tjenester utført ved lands- eller flerregionale funksjoner. Etter dagens regelverk har RHF full adgang til å inngå egne avtaler om priser for disse pasientene. Slike avtaler eksisterer imidlertid i liten grad, og oppgjørene følger i hovedsak statens normerte priser på 80 prosent av gjennomsnittskostnaden for den enkelte DRG, fastlagt gjennom rundskriv fra Helsedepartementet.

Selv om RHF har full frihet til å avtale prisnivå, ser det ut til at de normerte prisene har virket mer bindende enn det som har vært intensjonen. Departementet foreslår derfor å avvikle ordningen med statlig normerte gjestepasientpriser for lands-

og flerregionale funksjoner fra 2004, og vil også vurdere dette for det øvrige gjestepasientoppgjøret. Det legges til grunn at RHF inngår avtaler om gjestepasientoppgjør for høyspesialiserte funksjoner, der det også ses hen til kostnadene for tilsvarende behandling i andre land. Det legges til grunn at fem RHF vil ha lettere for å inngå slike avtaler enn hva fylkeskommunene hadde. Ved uenighet vil staten kunne avgjøre forutsetningene for det økonomiske oppgjøret. Dette vil være en sikkerhet mot urimelig monopolprising. Departementet antar også at det vil kunne bidra til at den geografiske fordelingen av pasienter ved de høyspesialiserte funksjonene blir noe jevnere.

8.3.5 Nasjonale kompetansesentre

Nasjonale kompetansesentre er i likhet med landsfunksjoner tildelt oppgaver som kun utføres ett sted i landet. Til forskjell fra landsfunksjonene, utfører kompetansesentre pasientbehandling kun i spesielle tilfeller. Det utbetales derfor ikke ISF eller annen aktivitetsbasert finansiering fra staten for slik virksomhet. Kompetansesentrene er derfor avhengige av faste tilskudd i større grad enn andre høyspesialiserte funksjoner. Forskning som drives i regi av nasjonale kompetansesentre og som resulterer i publikasjoner og doktorgrader, vil omfattes av forslag om ny finansieringsmodell for forskning, jf. kap. 6. Metodeutvikling, kompetanse-spredning og utdanningsoppgaver ved kompetansesentrene finansieres ikke over dette tilskuddet. Det foreslås derfor å videreføre et statlig tilskudd til nasjonale kompetansesentre, jf. forslag i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

8.3.6 Finansiering av cochlea-implantater

På bakgrunn av Dokument nr. 8:04 (2001–2002), har Stortinget vedtatt å be «regjeringen sørge for at finansiering av operasjoner for behandling av døve og døvfødte der cochlea-implantat brukes, blir gjennomgått og justert i den forestående vurdering av sykehusfinansiering», jf. Innst. S. nr. 84 (2001–2002).

Ved å sette inn et såkalt cochlea-implantat, vil lyder bli fanget opp og gjort om til elektriske impulser som stimulerer hørselsnerven hos døve, dvs. oppfanges som lydsignaler. Faglig sett har dette vært en suksess, som har fått stadig større aksept i døvemiljøet, dels som følge av bedret elektronikk og utvidede indikasjoner. Det ventes at antall henvisninger vil øke.

Å operere inn cochlea-implantater hos barn er

en landsfunksjon ved Rikshospitalet HF, mens slike operasjoner hos voksne er en flerregional funksjon ved Rikshospitalet og Helse Bergen HF (Haukeland universitetssykehus). Ved Rikshospitalet er det per 1. halvår 2003 en ventetid fra mottatt henvisning til gjennomført operasjon på om lag ett år for barn og ca. 18 mnd. for voksne. For barn innebærer dette at dersom døvhet/alvorlig hørselssvekkelse diagnostiseres i første leveår, vil pasienten være ferdig utredet og operert innen to års alder. Det er innen alderen som fagmiljøer har tilråd for når implantat bør være i funksjon, av hensyn til opplæring og språkutvikling. For barn opplyses kapasiteten å være tilstrekkelig ved Rikshospitalet. Helsedepartementet vurderer om operasjonsmetoden hos voksne kan spres ytterligere, for å øke kapasiteten.

Cochlea-implantater gis i dag en særskilt refusjon på 165 000 kroner per inngrep, som kommer i tillegg til ISF-refusjonen. Hagenutvalget omtaler ikke cochlea-implantater spesielt, men legger til grunn at den foreslåtte finansieringsløsningen for høyspesialiserte funksjoner vil innebære en tilfredsstillende løsning for disse pasientene.

I sin høringsuttalelse ber Hørselshemmedes Landsforbund om at det innføres folketrygdfinansiering av cochleaimplantater, og viser til at Rikshospitalet også har bedt om en slik finansiering. Alternativt foreslår forbundet 100 prosent DRG-finansiering.

Pasientgruppen som omtales her, vil som hovedregel bli omfattet av forslag i Ot.prp.nr. 63 (2002–2003), som nå ligger til behandling i Stortinget. Et av forslagene dreier seg om rett til behandling innen individuelt fastsatte tidsfrister. Ved eventuelt brudd på den individuelle tidsfristen vil pasienten, i følge forslaget, ha rett til å få behandling formidlet av en særskilt enhet i Rikstrygdeverket. Behandlingen kan da skje ved privat sykehus eller i utlandet. Behandlingen skal betales av pasientens bostedsregion. Lovforslaget vil innebære et sterkt økonomisk insentiv for RHF til å legge til rette for at nødvendig behandling gis innen fastsatte tidsfrister. Dette innebærer å inngå avtaler med sykehus som har lands- og flerregional funksjon for cochlea-operasjoner, slik at tilstrekkelig tilbud sikres. Departementet forutsetter at RHF blir innbyrdes enige om hvilke priser som skal betales for diagnostikk og behandling, også ved landsfunksjoner. Helsedepartementet vil, som eier, instruere foretakene for å få dette til om nødvendig.

8.4 Høyspesialiserte tjenester: oppsummering av tiltak

1. Staten skal ikke lenger bestemme hva som til enhver tid er å anse som flerregionale funksjoner fra 2004.
2. Tilskudd til lands- og flerregionale funksjoner innlemmes i basisbevilgningen til RHF fra 2004.
3. Det settes i gang et arbeid for å utvikle mer spesifikke DRG for høyspesialisert behandling.
4. Dagens statlige, normerte priser for gjestepasientoppgjør avvikles for lands- og flerregionale funksjoner fra 2004.
5. Tilskudd til nasjonale kompetansesentre videreføres som et eget tilskudd på statsbudsjettet.

9 Pasientbehandling i utlandet

9.1 Dagens finansieringsordninger for utenlandsbehandling

Behandling av pasienter i utlandet på grunnlag av henvisning fra norsk lege er i dag omfattet av tre statlige finansieringsordninger, med ulik innretning, organisering og administrasjon. Helsedepartementet har våren 2003 lagt fram Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) om endringer i lov om pasientrettigheter, der det er foreslått en ny, samlet organisering og ansvars plassering i forhold til utenlandsbehandling av norske pasienter, med forslag om at RHF som hovedregel skal ha det økonomiske ansvaret for slik behandling. Behandlingsreiser (klimareiser) er ikke omtalt i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003).

Følgende statlige ordninger eksisterer i dag for behandling i utlandet:

- bidragsordningen (bidrag til behandling i utlandet)
- pasientbroen («utenlandsmilliarden»)
- behandlingsreiser for revmatikere m.m.

9.1.1 Bidrag til behandling i utlandet

Bidragsordningen gir alvorlig syke mulighet til å få dekket behandling ved et utenlandsk sykehus, gitt at det ikke kan gis forsvarlig behandling i Norge på grunn av manglende kompetanse. Rikstrygdeverket forvalter ordningen. I Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) er det foreslått at bidragsordningen overføres til RHF, og at midlene inngår som del av basisbevilgningen. Tiltaket omtales ikke nærmere her.

9.1.2 Pasientbroen («utenlandsmilliarden»)

Pasientbroen er i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) foreslått erstattet av forslag om utvidede pasientrettigheter. Dersom en pasient ikke får helsehjelp innen den fastsatte fristen, skal pasienten ha krav på helsehjelp privat eller i utlandet. Rettigheten til denne behandlingen blir etter forslaget videreført innenfor RHF sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionen.

For å sikre en best mulig nasjonal koordinering av kjøp av helsetjenester i utlandet mener departementet det kan være hensiktsmessig at RHF utnytter kompetanse, rammeavtaler og nettverk i Rikstrygdeverket. Det vil bli vurdert hva som er en hensiktsmessig oppgjørsordning mellom RHF og Rikstrygdeverket. Sørge for-ansvaret tilsier at RHF som hovedregel betaler for behandling som RTV har formidlet. Tiltaket omtales ikke nærmere her.

9.1.3 Behandlingsreiser for revmatikere mm.

Tilskudd til behandlingsreiser til utlandet er i 2003 om lag 63,2 mill. kroner. I tillegg er det i 2003 avsatt 15 mill. kroner på pasientbroen, kap. 2790 post 72, til bruk for samme formål, men med prioritering av funksjonshemmede. Ordningen sikrer økonomisk støtte for behandlingsopphold utenfor Norge for revmatikere, pasienter med psoriasis, barn og ungdom med astma- og lungesykdommer samt barn med atopisk eksem. Behandlingen foregår i Tyrkia, Montenegro og Spania for revmatikere, og på Kanariøyene (Spania) for de øvrige pasientgruppene. Administrasjon og faglig ansvar for ordningen er lagt til Rikshospitalet. Tilbudet omfattet vel 2800 pasienter i 2002. Ordningen er evaluert i 2000 av et offentlig utvalg (Granutvalget, NOU 2000: 2), som foreslår videreføring med Rikshospitalet som tilskuddsforvalter. Utvalget stiller imidlertid spørsmål ved at ordningen innebærer en form for tredjepartsfinansiering, der fylkeskommunene og kommunene hadde få insitamenter til målrettet bruk. Utvalget vurderer om finansieringsansvaret burde overføres til fylkeskommunene, men avviste dette på grunn av variasjon i fylkeskommunenes økonomi og ulikhet i behandlingstilbudet til de aktuelle pasientgruppene. Utvalget konkluderer derfor med fortsatt statlig finansiering gjennom et eget tilskudd.

9.2 Hagenutvalgets forslag og høringsuttalelser om behandlingsreiser for revmatikere m.m.

Hagenutvalgets flertall går inn for at finansieringsansvaret for behandlingsreiser til utlandet for revmatikere m.m. overføres til RHF. Utvalget anser ikke denne tilskuddsordningen som vesensforskjellig fra andre tilskudd til behandling i utlandet. Utvalget mener at effektivitetshensyn tilsier at finansieringen bør være uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Foretakene får da selv vurdere hvor det er best å behandle pasientene.

Utvalgets mindretall anser at ordningen med behandlingsreiser til utlandet fungerer godt. Mindretallet går derfor inn for å opprettholde alle nåværende ordninger for kjøp av behandling i utlandet.

Flertallet av høringsinstansene går inn for å beholde behandlingsreiser som et særskilt, statlig tilskudd administrert av Rikshospitalet. Særlig pasientforeningene er negative til endring i dagens organisering og finansiering. Dette gjelder Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Foreningen for muskelsyke, landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Norsk Psoriasisforbund.

Rikstrygdeverket stiller spørsmålsteget ved å legge ansvaret for dette til RHF, og frykter at tilbudet ikke på samme måte vil bli prioritert, og at det kan utvikle seg ulik praksis i ulike regioner.

Norsk psoriasisforbund varsler at de aktivt vil motarbeide en løsning der midlene overføres til RHF, og skriver: «Det er godt dokumentert at dette er et meget kostnadseffektivt behandlingstilbud til psoriatikere. Granutvalget vurderte også finansieringsordningen for dette tilbudet og konkluderte med at ordningen burde fortsette som en statlig tilskuddsordning og vurderte det som hensiktsmessig at tilskuddet fortsatt gis som en egen post på statsbudsjettet. (...) NPF vil på det sterkeste henstille om at departementet i sitt videre arbeid med denne saken legger vekt på intensjonene i Granutvalgets innstilling, mindretallets synspunkter og NPFs klare høringsuttalelse. Disse synspunktene må telle tyngre enn prinsipielle betraktninger knyttet til finansieringsordninger for regionale helseforetak.»

FFO oppsummerer det flere andre organisasjoner mener: «FFO støtter mindretallets forslag om å beholde ordningen med behandlingsreiser til ut-

landet i sin nåværende form. FFO vil peke på at ordningen har fungert godt hvor det er god oversikt og kunnskap over behandlingsskapasitet og hvilke behandlingsformer som ytes. Det syntes ikke hensiktsmessig å stykke opp ordningen slik at hvert enkelt regionalt helseforetak skal administrere tjenesten. Det er etter FFOs oppfatning viktig å beholde en sentral enhet for å administrere ordningen fremfor å fragmentere administreringen, noe som også kan bidra til forskjellsbehandling mellom de ulike regionene.»

Den norske lægeforening og Norsk Sykepleierforbund støtter forslaget om å overlate finansieringen til RHF. RHF har enten sagt seg enig eller ikke hatt synspunkter på forslaget.

9.3 Departementets vurdering og tilråding om behandlingsreiser for revmatikere m.m.

Departementet har i sin vurdering blant annet lagt vekt på at:

- Ordningen gjelder spesielle kronikergrupper som er begrenset i antall. Tilbudet om behandling i utlandet for denne gruppen er i hovedsak et supplerende tilbud som ikke erstatter behandling i Norge, men som kommer i tillegg til annen behandling.
- Dagens ordning, der Rikshospitalet står for vurdering av innkommende søknader og administrasjon av ordningen, sikrer en faglig vurdering av de behandlingsstedene som brukes, og en likhet i vurderingen av hvilke pasienter som blir gitt et tilbud.

På bakgrunn av det tilrår departementet å videreføre ordningen med behandlingsreiser for revmatikere som et særskilt tilskudd som blir administrert av Rikshospitalet.

9.4 Utenlandsbehandling: oppsummering av tiltak

1. Dagens statlige tilskudd til ordningen med behandlingsreiser for revmatikere m.m. beholdes som et særskilt tilskudd på Helsedepartementets budsjett.
2. Ordningen administreres fortsatt av Rikshospitalet.

10 Fordelingskriterier og kapital

10.1 Kriterier for fordeling mellom RHF

Flere land i Europa finansierer hele eller store deler av helsetjenesten ved at organer som er ansvarlige for tilbudet av helsetjenester får tildelt tilskudd avhengig av behovene til befolkningen, uttrykt med såkalte behovskriterier.

Det har vært et mål med sykehusreformen å oppnå et mer likeverdig helsetilbud over hele landet. I B.innst. S. nr. 11 (2002–2003), ber Sosialkomiteen «departementet se på fordelingsnøkler som brukes for overføringen av basisbevilgningen til foretakene, og sørge for at overføringene blir både rettferdige og riktige i forhold til samtlige foretak».

Dette kapitlet drøfter kriterier for fordeling av basistilskudd mellom RHF, forslag til overgangsordning og hvordan midler til dekning av avskrivninger på realkapital bør tilføres RHF.

10.2 Hagenutvalgets forslag og høringsinstansenes syn om fordeling og kapital

10.2.1 Utvalgets og høringsinstansenes syn på fordeling

Hagenutvalget foreslår kriterier og kostnadsnøkler for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd. Forslaget er utarbeidet i tråd med metoden som er benyttet i inntektssystemet for kommunesektoren.

Kriteriene bør representere forhold ved befolkningen som reelt påvirker behovet for spesialisthelsetjenester, og som fanger opp variasjoner i kostnader forbundet med å gi et likeverdig tjenestetilbud i hele landet. En bør kun ta hensyn til forhold som er utenfor RHF-kontroll, for at RHF selv ikke skal kunne påvirke fordelingen av tilskuddet. Tabell 10.1 og 10.2 lister opp ulike kriterier som har vært vurdert i forhold til om de bidrar til å forklare variasjoner i utgiftsbehov helseregionene imellom. Kriterier som tilfredsstiller ovennevnte krav inngår i det som kalles kostnadsnøkkel. Hvert kriterium tilordnes en vekt i kostnadsnøkkelen, og vektene summerer seg til 1. For alderskriteriene bestemmes vekten ut fra befolkningsgruppenes andel av ressursbruken på landsbasis.

Kostnadsnøkkelen som tidligere gjaldt for helsetjenesten i fylkeskommunene hadde alderskriteriet som en viktig komponent. Etter utvalgets forslag, vil alderskriteriene fortsatt ha størst betydning. Enkelte av kriteriene som inngikk i kostnadsnøkkelen for fylkeskommunene foreslås skiftet ut pga. manglende bidrag til å forklare utgiftsvariasjoner helseregionene imellom. Utvalget foreslår også å benytte kriteriet reisetid til sykehus fordi store avstander gir merkostnader til akuttberedskap og lengre liggetider. Kriteriet bidrar særlig til å forklare noe av de høye kostnadene i Nord-Norge. Sosiale kriterier som andel ugifte, uføre, sosialhjelpsmottakere og utdanningsnivå foreslås videreført i nye kostnadsnøkler for RHF.

Tabell 10.3 og 10.4 viser utvalgets forslag til kostnadsnøkler for somatikk og psykiatri.

Tabell 10.1. Fordelingskriterier, somatiske tjenester

Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Anvendes i kostnadsnøkkel: <i>Alder</i> <i>Reisetid</i>	Klar og systematisk sammenheng med somatiske sykehus tjenester. Andel av pasientene som reiser mer enn 1,5 time. Påvirker utgiftsnivået i sykehusene noe. Hagenutvalget foreslår skjønsmessig at kriteriet gis en vekt på 4 prosent. Kriteriet er basert på data fra 2000. Kriteriet kan påvirkes av RHF. Kriteriet beholdes derfor uendret inntil man eventuelt finner andre kriterier for reiseavstand som RHF ikke kan påvirke.
Anvendes <i>ikke</i> i kostnadsnøkkel: <i>Kjønn</i>	Forbruket av sykehus tjenester er kjønnsrelatert, men kjønns sammensetningen varierer ubetydelig mellom regionene.
<i>Utdanning</i>	Andel av befolkningen med kun grunnskole eller ikke fullført grunnskole. Påvirker ikke utgiftsnivået.
<i>Mottar uføretrygd</i>	Paradoksalt nok samvarierer dette negativt med utgiftsnivået. Kan skyldes at uføretrygd er benyttet som langtids arbeidsledighetstrygd.
<i>Mottar sosialhjelp</i> <i>Dødelighet</i>	Ustabil effekt. Har sammenheng med utgiftsnivået, men variasjoner i dødelighet mellom regionene er små.
<i>Spredtbygdhet</i>	Indikasjon på at tettbygde fylkeskommuner har høyere utgiftsnivå enn andre fylkeskommuner, men effekten er ikke stabil.
<i>Innvandring</i>	Det er ikke funnet stabile effekter av innvandrere på bruk av spesialisthelsetjenester.
<i>Lønnsnivå</i>	Liten forklaringskraft.

Tabell 10.2. Fordelingskriterier, psykiatri

Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Anvendes i kostnadsnøkkel: <i>Alder</i> <i>Ekteskap</i> <i>Mottar uføretrygd</i>	Alder kombinert med sosiale kriterier. Andel ugifte 35 år og eldre har stabil effekt. Uføretrygdde med psykiatrisk diagnose i aldersgruppen 18–69 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Mottar sosialhjelp</i>	Sosialhjelpsmottakere i aldersgruppen 18–49 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Utdanning</i>	Personer i alderen 18–59 år som kun har utdanning fra grunnskole er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Flytting</i>	Personer som har eller kommer til å utvikle en psykiatrisk lidelse trekker til enkelte deler av landet i større grad enn andre. Et vesentlig antall psykiatriske pasienter bosatt i Oslo i 1999 vokste for eksempel opp i andre fylker.
Anvendes <i>ikke</i> i kostnadsnøkkel: <i>Kjønn</i> <i>Familiestatus</i>	Kjønns sammensetningen varierer ubetydelig mellom regionene. Pålitelig og relevant statistikk over enslige og enslige forsørgere er ikke tilgjengelig på årlig basis.
<i>Spredtbygdhet</i> <i>Reisetid</i>	Usikkert om urbaniseringsgrad påvirker psykiatrisk sykkelighet. Har effekt på utgiftsnivået i psykiatrien, men effekten er ustabil og langt svakere enn for somatikk.
<i>Lønnsnivå</i> <i>Innvandring</i>	Liten forklaringskraft. Ser ikke ut til å ha effekt på utgiftsnivået i psykiatrien.

Tabell 10.3. Hagenutvalgets forslag til kostnadsnøkkel for somatikk

Kriterium	Kostnadsvekt
Andel innbyggere 0–4 år	0,056
Andel innbyggere 5–19 år	0,043
Andel innbyggere 20–39 år	0,162
Andel innbyggere 40–64 år	0,272
Andel innbyggere 65–74 år	0,157
Andel innbyggere 75–89 år	0,248
Andel innbyggere 90 år og eldre	0,022
Reisetid	0,040
Sum	1,000

Tabell 10.4. Hagenutvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykiatri

Kriterium	Kostnadsvekt
Andel innbyggere 0–15 år	0,097
Andel innbyggere 16–18 år	0,044
Andel innbyggere 19–34 år	0,159
Andel innbyggere 35–66 år	0,193
Andel innbyggere 67–74 år	0,044
Andel innbyggere 75 år og eldre	0,059
Andel ugifte 35 år og eldre	0,097
Andel uføre (psykiatrisk diagnose) 18–39 år	0,076
Andel uføre (psykiatrisk diagnose) 40–69 år	0,102
Andel sosialhjelpsmottakere 18–49 år	0,016
Andel kun grunnskole 18–29 år	0,067
Andel kun grunnskole 30–59 år	0,046
Sum kriterier	1,000

Tidligere analyser dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser. Utvalget tilrår derfor at kostnadsnøkkel for psykiatri også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen.

Utvalget har anbefalt departementet å gjennomføre tilleggsanalyser for å vurdere om:

- utgiftsbehov i psykiatrien varierer med ulikheter i reisetider
- utgiftsbehov i spesialisthelsetjenesten påvirkes av variable som beskriver etnisitet

Helsedepartementet har fått utført tilleggsanalyser utvalget foreslo, men disse gir ikke grunnlag for endringer i forhold til utvalgets forslag.

Høringsinstansene støtter bruken av kriteriene. Helse Nord RHF mener det må tas hensyn til historiske tall vedrørende helseutgifter (Nord-Norge-tillegg som kompensasjon for geografiske forhold), og at særlig Finnmark er avhengig av det. Helse Nord RHF peker også på særlige utfordringer i Nord-Norge knyttet til rekruttering av personell, stor utstrømming av personell som er utdannet i regionen og lange reiseavstander.

10.2.2 Utvalgets og høringsinstansenes syn på kapitalutgifter

Utvalget drøfter også hvordan midler til dekning av avskrivninger av realkapital bør tilføres og fordeles mellom RHF. Et flertall av utvalgsmedlemmene foreslår at midlene inngår i basisbevilgningen. Et mindretall foreslår at halvparten av midlene knyttes til den aktivitetsbaserte delen av overføringene og halvparten inngår i basisbevilgningen. Høringsinstansene er også delt i synet på dette.

10.3 Departementets vurdering og tilråding om kapital og inntektsfordeling

10.3.1 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Dagens inntektsfordeling er historisk betinget. Ulikheter kan i stor grad forklares med forskjeller i inntektsnivå mellom fylkeskommunene, som bl.a. skyldes skjønnsmidler, egne tilskudd til de tre nordligste fylkeskommunene, fylkeskommunenes ulike prioriteringer av spesialisthelsetjenesten og statens prioriteringer av de tidligere statssykehuse. Det er grunn til å anta at det også slår ut i ulikheter i omfang og kvalitet av spesialisthelsetjenester. Hagenutvalgets forslag til kostnadsnøkkel danner et godt utgangspunkt for fordeling av basisbevilgning mellom RHF. Men å kun legge nøklene til grunn for fordelingen av midler vil gi større omfordelingsvirkninger enn departementet vil tilrå. En foreslår derfor løsninger som gjør at ressursfordelingen endres i retningen som kostnadsnøkklene indikerer, samtidig som en også legger noe vekt på dagens fordeling.

I dette kapitlet drøftes først hvordan inntekter til dekning av avskrivninger på realkapital skal tilføres RHF, deretter drøftes fordelingen av basisbevilgningen.

Tabell 10.5 Bevilgninger til RHF i 2003 (mill. 2003-kroner)

Aktivitetsuavhengige tilskudd som foreslås å inngå i ny inntektsfordeling:	
– Basisbevilgning ekskl. bevilgning til å dekke avskrivninger	26 551
– Bevilgning til å dekke avskrivninger	2 826
– Regionsykehustilskudd, unntatt midler til forskning, utdanning og kompetansesentre	1 196
– Refusjoner til private spesialister, offentlige poliklinikker og laboratorie- og røntgenvirksomhet ¹	893
– Tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning	92
Aktivitetsbaserte tilskudd:	
– ISF (60 prosent ISF-sats)	16 853
– Poliklinikktilskudd	3 378
Sum inkl. bevilgning for å dekke avskrivninger	51 789
Sum ekskl. bevilgning for å dekke avskrivninger	48 962
Midler som foreslås fordelt etter nåværende forbruk:	
– Del av bevilgningen til syketransport (inkl. adm. kostnader) ²	979
– Tilskudd til Rusreform I (anslag)	1 250
– Hospiceplasser, opptreningsinstitusjoner m.v.	312
Midler som foreslås fordelt etter særskilte fordelingsnøkler:	
– Forskning, utdanning og kompetansesentre	922

¹ Beregningsteknisk forutsetning: Det er lagt til grunn reduksjon av takstene for offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet og legespesialister og psykologer med driftsavtale, og tilsvarende økning av basisbevilgningen, jf. kap. 4 og 5.

² Statens delfinansiering av syketransportutgifter bevilges på kap. 732 post 70, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004).

I det følgende er virkningen av å bruke kostnadsnøkler i forhold til fordelingen i budsjettet for 2003 illustrert.

Alle beregningene av fordelingsvirkninger er gjort for de samlede overføringene fra basistilskudd og de aktivitetsavhengige overføringene som er listet opp i første del av tabell 10.5. Det forutsettes at ISF-satsen og poliklinikk takstene i gjennomsnitt ikke skal være høyere enn marginalkostnaden. Foretakene må derfor benytte basisbevilgningen for å delfinansiere behandlingen. Muligheten for å generere aktivitetsavhengige inntekter er derfor avhengig av størrelsen på basisbevilgningen. I beregningene er det derfor forutsatt at de aktivitetsavhengige inntektene fra ISF og poliklinikktilskudd vil endre seg tilsvarende endringer i basisbevilgningen. Alle beregningene er gjort i 2003-prisnivå.

10.3.2 Tilførsel av midler til dekning av avskrivninger på bygg og anlegg (realkapital)

Departementet støtter Hagenutvalgets flertall som går inn for at midler til dekning av avskrivninger på realkapital bør tilføres gjennom basisbevilgningen. Departementet har lagt vekt på at ansvaret for beslutninger knyttet til investeringer i all hovedsak er lagt til RHF. Tilførsel av midler for å dekke

avskrivninger gjennom basisbevilgningen vil understøtte dette. Mindretallets forslag medfører i tillegg at enhetsprisen i ISF-ordningen vil måtte økes, noe departementet ikke vil tilrå. Det vises til meldingens kapittel 2.3.2, der departementet foreslår å øke basisbevilgningen tilsvarende en reduksjon i ISF-satsen fra 60 til 40 prosent.

Formålet med dette kapitlet er å legge premisene for hvordan inntekter skal fordeles mellom RHF. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) foreslår Regjeringen å fastsette nivået på inntekter som skal dekke avskrivninger til 2,9 mrd. kroner (2004-prisnivå). Det er fordelingen av denne inntekten og hvordan den vil utvikle seg framover i tid som vil være avgjørende for verdsettingen av helseforetakenes realkapital.

Verdsettingen av foretakenes kapital er et sentralt element i reformen. Det er viktig å gi så klare forutsetninger som mulig for verdsettingsprosessen som skal skje i foretakene. Kostnadsnøkler som er foreslått for fordeling av inntekter til RHF, vil ha konsekvenser for fordelingen av realkapital. Departementet har konkludert med at dersom bevilgningen som dekker kostnader knyttet til avskrivninger skal følge samme fordeling som den øvrige basisbevilgningen, vil dette gi uønskede utslag i forhold til nivået på realkapital i de enkelte RHF. Det foreslås derfor at denne delen av bevilgningen håndteres særskilt, slik at man både legger

Tabell 10.6 Alternativ fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger mellom RHF (mill. 2003-kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Fordeling tilsvarende faktisk fordeling av kapital ¹	790	760	564	370	342	2 826
Fordeling basert på kostnadsnøkklene ²	941	626	554	406	299	2 826
Avvik	151	-134	-10	36	-43	0

¹ Basert på gjennomgang og kvalitetssikring av verdsettingen i 2003.

² Korrigert for gjestepasienter.

vekt på den faktiske fordelingen av realkapital og kostnadsnøkklene.

Tabell 10.6 viser inntekter for å dekke avskrivninger fordelt slik som realkapitalen faktisk er fordelt mellom RHF i dag og fordelingen av denne inntekten dersom en legger kostnadsnøkklene til grunn.

De største gjestepasientstrømmene går fra Helse Øst til Helse Sør RHF. Rikshospitalet HF er bl.a. dimensjonert for å dekke deler av behovet for helsetjenester for befolkningen bosatt i helseregion Øst-Norge. En kunne tatt hensyn til det ved å inkludere kapitalkostnader i gjestepasientprisene. Gjestepasientprisene tar imidlertid utgangspunkt i DRG som ikke inneholder kapitalkostnader. Departementet foreslår derfor at en tar hensyn til fordelingen av gjestepasienter når en fordeler inntekter for å dekke avskrivninger. I beregningene i dette kapitlet er dette derfor korrigert ved at en del av inntektene for å dekke avskrivningene er fordelt mellom RHF på samme måte som gjestepasientene.

Det framgår av tabell 10.6 at bruk av kostnadsnøkklene vil innebære til dels store omfordelinger av kapital mellom RHF i forhold til dagens fordeling. Departementet har vurdert at omfordelin-

gene er for store sett i forhold til å sikre et forsvarlig aktivitetsnivå i alle de fem RHF. Det foreslås derfor at inntektene til å dekke avskrivninger blir fordelt med 50 prosent vekt på nåværende fordeling av realkapitalen og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler. Tabell 10.7 viser inntekten for å dekke avskrivninger fordelt etter disse prinsippene og hvilken omfordeling det gir ift. dagens fordeling av realkapital.

Dette forslaget innebærer økte overføringer til Helse Øst og Midt-Norge RHF og mindre overføringer til Helse Sør, Helse Vest og Helse Nord RHF. Omfordelingen er størst mellom Helse Øst og Helse Sør RHF, selv om en har tatt hensyn til gjestepasientstrømmene i beregningene. Sett på bakgrunn av de samlede omfordelingsvirkningene når en ser hele basisbevilgningen under ett, jf. kap. 10.3.3, vil departementet tilrå at denne fordelingen legges til grunn.

10.3.3 Fordeling av øvrig basisbevilgning

I likhet med fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger, innebærer bruk av kostnadsnøkler på den øvrige basisbevilgningen også betydelig

Tabell 10.7 Departementets forslag til fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger mellom RHF (mill. 2003-kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Forslag til fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger (50 prosent vekt på nåværende fordeling av realkapital og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler)	866	693	559	388	320	2 826
Omfordeling i forhold til dagens fordeling av realkapital	76	-67	-5	18	-22	0

Tabell 10.8. Alternativ ved å fordele hele basisbevilgningen etter kostnadsnøkler (mill. 2003-kroner).

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Samlet bevilgning 2003	17 476	9 931	8 980	6 726	5 848	48 962
Bevilgningen fordelt med kostnadsnøkler	17 351	9 571	9 675	7 048	5 316	48 962
Endring i mill. kroner	-125	-360	695	322	-532	0
<i>Endring i prosent</i>	<i>-0,7</i>	<i>-3,6</i>	<i>7,7</i>	<i>4,8</i>	<i>-9,1</i>	

omfordeling sammenliknet med dagens inntektsfordeling. Det er illustrert i tabell 10.8. Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord RHF vil få mindre overføringer, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge RHF vil få økte overføringer i forhold til dagens inntektsnivå. Inntektstapet er særlig stort for Helse Nord RHF, som ville fått redusert sine inntekter med anslagsvis 532 mill. kroner eller drøyt 9 prosent av samlede inntekter.

Det er verken ønskelig eller forsvarlig med så stor inntektsreduksjon for Helse Nord RHF som tabellen viser. Også for de øvrige RHF er omfordelingen større enn departementet vil tilrå. Selv om dagens inntektsfordeling i stor grad er et resultat av inntektsforskjeller og ulik prioritering mellom fylkeskommunene, er den også et uttrykk for nasjonale politiske prioriteringer. Dette gjelder blant annet overføringene til Rikshospitalet, som det ledende sykehus i landet innen forskning, utvikling og behandling av særlig krevende lidelser. Region-sykehusstilskuddet, som nå foreslås innlemmet i basisbevilgningen, jf. kapittel 6, ble i stor grad fordelt for å ivareta visse funksjoner uavhengig av regionenes størrelse eller alderssammensetning i befolkningen.

For å dempe utslagene for RHF sammenliknet med det som framgår av tabell 10.8, foreslås det at basisbevilgningen fordeles med 50 prosent vekt på dagens fordeling og med 50 prosent vekt på kost-

nadsnøklerne slik som for inntekter til å dekke avskrivninger. Det vil redusere utslagene for alle regionene, jf. tabell 10.9.

Men også disse omfordelingsvirkningene er større enn departementet vil tilrå, spesielt mht. Helse Nord RHF. Departementet legger vekt på at omfordelingen ikke må være så stor at det vil kunne få uakseptable virkninger for helsetilbudet. Det foreslås derfor et eget tillegg til Helse Nord RHF. Tillegget finansieres med et prosentvis like stort trekk fra regioner som skal få økte overføringer etter den foreslåtte inntektsfordelingen i tabell 10.10 (inkludert fordeling av inntekter til å dekke avskrivninger), dog slik at ingen av disse regionene skal få en lavere inntekt enn dagens nivå på overføringene. Basert på tallstørrelsene som er lagt til grunn for regneeksemplene, vil «Helse Nord-tillegget» utgjøre i størrelsesorden 130 mill. kroner av basisbevilgningen til Helse Nord RHF. Det er da lagt til grunn en ISF-sats på 40 prosent. Den totale omfordelingseffekten av tillegget er beregnet til vel 200 mill. kroner fordi det er forutsatt at de aktivitetsavhengige inntektene vil endre seg tilsvarende endringer i basisbevilgningen.

Tabell 10.10 illustrerer omfordelingsvirkninger mellom RHF.

Tabell 10.9 Omfordeling ved alternativet 50 prosent vekt på dagens fordeling og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler (mill. 2003-kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Endring i mill. kroner	-62	-180	347	161	-266	0
<i>Omfordeling i prosent</i>	<i>-0,4</i>	<i>-1,8</i>	<i>3,9</i>	<i>2,4</i>	<i>-4,5</i>	

Tabell 10.10 Omfordeling med 50 prosent vekt på dagens fordeling og 50 prosent vekt på kostnadsnøklerne, «Helse Nord-tillegg», inntekter til å dekke avskrivninger og øvrig basisbevilgning (mill. 2003-kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Endring i mill. kroner, inntekter for å dekke avskrivninger	76	- 67	-5	18	- 22	0
Endring i mill. kroner, øvrig basisbevilgning	- 62	- 180	347	161	-266	0
Finansiering av «Helse Nord – tillegg»	-14		-131	-69	214	0
Samlet omfordeling	0	-247	299	110	-74	0
<i>Omfordeling i prosent</i>	<i>0,0</i>	<i>-2,3</i>	<i>2,3</i>	<i>1,6</i>	<i>-1,2</i>	

10.3.4 Forslag til overgangsordning

Hagenutvalget gir ingen tilråding om hvor raskt det er ønskelig å innføre ny inntektsfordeling. Etter Helsedepartementets vurdering, vil det undergrave systemets legitimitet hvis overgangsperioden blir for lang. Fem år tilsvarer det som nå brukes i inntektssystemet for kommunesektoren. Departementet foreslår at dette legges til grunn også for RHF.

RHF står overfor store utfordringer for å komme i økonomisk balanse i 2004, slik Stortinget har vedtatt. Ytterligere belastning i form av reduserte overføringer i 2004 for Helse Nord og Helse Sør RHF, som følge av nye kostnadsnøkler, vil kunne gi uønskede konsekvenser for tjenestetilbudet. Det foreslås derfor at kostnadsnøklerne først skal

gjelde fra budsjettåret 2005. Når overgangsperioden er utløpt, vil vektleggingen mellom nåværende inntektsfordeling og kostnadsnøkler bli vurdert på nytt.

Virkningene av departementets samlede forslag, inklusive overgangsordning, men eksklusive inntekter til å dekke avskrivninger, er vist i tabell 10.11.

Når det gjelder fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger, er det de framtidige inntektene som vil være avgjørende for hvilke verdier som kan forsvares i helseforetakenes balanser. En overgangsordning for disse inntektene vil derfor bare gi marginale endringer på åpningsverdiene av helseforetakenes eiendeler. Departementet foreslår derfor at den foreslåtte fordelingen i tabell 10.7 tilføres RHF gjennom basisbevilgningen fra 2004.

Tabell 10.11. Departementets forslag til fordeling basisbevilgning drift med 50 prosent vekt på fordeling i 2003, 50 prosent på fordeling etter kostnadsnøkler og «Helse Nord-tillegg» (mill. 2003-kroner).

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Samlet bevilgning 2003	17 476	9 931	8 980	6 726	5 848	48 962
Bevilgningene fordelt med 50 prosent på kostnadsnøkler, 50 prosent vekt på fordeling i 2003 og «Helse Nord-tillegg»	17 400	9 751	9 187	6 827	5 796	48 962
Endring i mill. kroner	-76	-180	216	92	-52	0
<i>Endring i prosent</i>	<i>-0,4</i>	<i>-1,8</i>	<i>2,4</i>	<i>1,4</i>	<i>-0,9</i>	
Virkning over 5 år:						
Årlig endring i mill. kroner	-15	-36	43	18	-10	0
<i>Årlig endring i prosent</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>	<i>-0,2</i>	

10.4 Inntektsfordeling og kapital, oppsummering av tiltak

1. Fra 2005 fordeles basisbevilgningen med 50 prosent vekt på fordeling i 2003 og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler.
2. Det gis et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord RHF finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene.
3. Omleggingen gjennomføres gradvis i løpet av fem år.
4. Inntekter til dekning av avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningen fra 2004. Midlene fordeles med 50 prosent vekt på den faktiske fordelingen av kapital mellom RHF og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

I det følgende omtales budsjettmessige implikasjoner av forslag i denne meldingen. Forslagene er omtalt i samme rekkefølge som de er omtalt i kapitlene. Endringer i bevilgninger på statsbudsjettet er foreslått i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Forslag i kapittel 2: Hovedinntektsmodell for RHF

For å øke basisbevilgningen tilsvarende reduksjonen i ISF- og poliklinikkstatsene, foreslås det å overføre 5 831 mill. kroner fra post 76 og 799 mill. kroner fra post 77 til postene 71–75 under budsjettkapittel 732 i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Utvikling av pasientklassifiseringssystemer vil medføre noe økte utgifter på statsbudsjettet. Jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004) hvor departementet foreslår at det settes av 5 mill. kroner til formålet i 2004.

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) foreslår en også at det avsettes 5 mill. kroner for å øke innsatsen for bedre kvalitet på koding og kontroll av ISF-ordningen.

Dersom forslaget om å utbetale poliklinikktilskuddet til RHF vedtas, medfører det at RHF får noe administrativt merarbeid. Samtidig gir det RHF noe bedre muligheter for styring med aktiviteten i poliklinikkene og likviditetsstyring. Det er lagt til grunn at Rikstrygdeverket fortsatt skal administrere innsamling av data/regningsgrunnlag. RTV skal også lage utbetalingsgrunnlag og utbetale på vegne av RHF. RTV vil dermed fortsatt ivareta mesteparten av de administrative funksjonene ifm. ordningen.

Forslag i kapittel 4: Private avtalespesialister og -psykologer, private sykehus og psykisk helsevern i offentlige poliklinikker

Økonomiske konsekvenser av forslaget om at private sykehus skal kunne utløse poliklinikkrefusjo-

ner til RHF fra 2005, vil bli omtalt nærmere i forbindelse med et eventuelt forslag i statsbudsjettet for 2005.

Forslag i kapittel 5: Laboratorie- og røntgenvirksomhet

De nye tiltakene innen laboratorie- og røntgenvirksomhet (tiltak nr. 1, 4, 5 og 6) foreslås gjennomført fra 2005. Økonomiske og administrative konsekvenser av disse vil derfor bli omtalt nærmere ifm statsbudsjettet for 2005.

Forslag i kapittel 6: Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Forslaget om en utvidelse av innsatsstyrt finansiering mot desentralisert spesialisthelsetjeneste vil ikke medføre økte kostnader for staten. Forslaget utvider ikke ISF til nye pasientgrupper eller behandlingstilbud, men åpner kun for ISF-refusjon når behandling som ellers ville funnet sted på sykehus, skjer desentralisert.

Helsedepartementet

tilrår:

Tilråding fra Helsedepartementet av 10. oktober 2003 om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten blir sendt Stortinget.