NOU Norges offentlige utredninger 2003: 1

Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002.
Avgitt til Helsedepartementet 17. desember 2002.

Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning

Oslo 2003

ISSN 0333-2306
ISBN 82-583-0679-0

PDC Tangen

Til Helsedepartementet

Utvalg for å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 1. februar 2002. Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Innstillingen er enstemmig hvor ikke annet framgår.

Oslo, 17. desember 2002

Terje P. Hagen
leder

Olav Slåttebrekk	Daniel Haga	Trine Magnus
Jon Magnussen	Kjetil Hustoft	Ursula Falkmer
Lars Erik Flatø	Elisabeth Blørstad	Vigdis Moe Skarstein
	Grethe Brundtland	

Helga Festøy

Innhold

Del I Mandat og sammendrag 11

1 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid 13
1.1 Mandat og sammensetning 13
1.2 Utvalgets arbeid 14

2 Sammendrag 16
2.1 Del II – Utfordringer og kriterier for vurdering av finansieringssystem .. 16
2.2 Del III – Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver 16
2.3 Del IV – Finansiering av regionale helseforetak 19

Del II Utfordringer og kriterier for vurdering av finansieringssystem 23

3 Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 25
3.1 Innledning 25
3.2 Endringer i det medisinsk-faglige tilbudet 25
3.3 Endringer i befolkningens etterspørsel etter helsetjenester ... 27
3.4 Helsesektoren er i sterk vekst 28
3.4.1 Utviklingen i somatisk sektor 29
3.4.2 Utviklingen innenfor psykiatri 31
3.5 Effektivitetsutvikling 33
3.6 Oppsummering 35

4 Rammebetingelser i endring 36
4.1 Innledning 36
4.2 Forholdet mellom hovedaktørene i helsetjenestesystemer 36
4.3 Organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten i Norge . 38
4.3.1 Statens overtakelse av sykehusene – foretaks- og eierskapsreformen .. 38
4.3.2 Utfordringer knyttet til styrings-modellen for regionale helseforetak 39
4.3.3 Dagens finansieringsordninger 39
4.4 Pasientrettigheter og retningslinjer for prioritering 42
4.4.1 Rett til nødvendig helsehjelp 42
4.4.2 Retningslinjer for prioritering 45
4.4.3 Fritt sykehusvalg 46
4.4.4 Erfaringer fra andre land 48
4.5 Utvalgets vurderinger 49
4.5.1 Rolleforståelsen hos staten og regionale helseforetak 49
4.5.2 Styringsperspektivet og rettighetsperspektivet 49

5 Kritiske blikk på spesialisthelsetjenesten 52
5.1 Innledning 52
5.2 Brukernes perspektiv 52
5.2.1 Fokus på økonomi og lønnsomhet . 52
5.2.2 Pasientrollen i endring 52
5.2.3 Tilgjengelighet og samhandling ... 53
5.3 Helsetjenestens perspektiv 54
5.3.1 Helseforetakenes perspektiv 54
5.3.2 Perspektivet til regionale helseforetak 56
5.4 Private aktørers perspektiv 57
5.5 Universitetenes og høgskolenes perspektiv 58
5.5.1 Brukes funksjonstilskuddet til forskning og undervisning? 58
5.5.2 Samarbeidsorganets rolle 58
5.5.3 Manglende finansiering gjør det vanskelig å skaffe nok praksisplasser til høgskolestudenter 59
5.6 Et styringsmessig perspektiv 59
5.6.1 Kostnadskontroll 59
5.6.2 Målrettet og enhetlig styring og finansiering 60
5.6.3 Styringsvansker i sykehus 60
5.6.4 Effektiv ressursbruk og bedre samhandling 61
5.7 Utvalgets vurderinger 62

6 En samfunnsøkonomisk analyse av avveininger ved valg av finansieringsmodeller 63
6.1 Hovedtyper av finansieringsmodeller 63
6.1.1 Kostnadskompenserende finansiering 64
6.1.2 Fastprisfinansiering 64
6.1.3 Blandingsmodeller 64
6.2 Målkonflikter 65
6.2.1 Målkonflikter på etterspørselssiden 65
6.2.2 Målkonflikter på tilbudssiden 65
6.2.3 Tredjepartsfinansiering som sovepute 67
6.2.4 Kortsiktige kontrakter skaper spillsituasjoner 67
6.2.5 Konkurrerende sektorer 68
6.3 Utvalgets vurderinger 69

7 Utvalgets kriterier for vurdering av finansieringssystemer 70

Del III Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver 73

8 Alternative modeller for finansiering av helse-produsentens hovedoppgaver ... 75
8.1 Hvem skal ha bestilleransvaret for pasientbehandlingen? 75
8.1.1 Kommunene som bestillere 76
8.1.2 En ny statlig bestillerorganisasjon .. 77
8.1.3 En videreutvikling av dagens modell 78
8.1.4 Utvalgets vurdering 79
8.2 Alternative måter å finansiere spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver på 80
8.2.1 Eierstyring og kontraktsstyring 81
8.2.2 Kontraktsstyring og rollene som bestiller og utfører 81
8.2.3 Ulike kontraktstyper 83
8.3 Insitament for god kvalitet 84
8.3.1 Hva er kvalitet? 85
8.3.2 Måling av kvalitet 85
8.3.3 Data for kvalitetsmåling 85
8.3.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer 85
8.3.5 Økonomiske insitament til god kvalitet 86
8.4 Utvalgets vurdering 86

9 Finansiering av pasient-behandling i helseforetakene ... 88
9.1 Innledning 88
9.2 Aktivitetsbasert finansiering av somatiske pasienter 88
9.2.1 Bakgrunn for og utforming av innsatsstyrt finansiering 88
9.2.2 Effekter av innføring av ISF 90
9.2.3 Problemer og utfordringer ved ISF . 92
9.2.4 Bruk av DRG i andre land 93
9.2.5 Utvalgets vurdering 96
9.3 Finansiering av poliklinisk virksomhet 97
9.3.1 Hovedtrekkene i poliklinikkfinansieringen 97
9.3.2 Svakheter og utfordringer ved poliklinikkfinansieringen 99
9.3.3 Utvalgets vurderinger 100
9.4 Opplæring av pasienter og pårørende 101
9.4.1 Dagens finansiering 101
9.4.2 Utvalgets vurdering 101
9.5 Habilitering og rehabilitering 102
9.5.1 Kort beskrivelse av feltet 102
9.5.2 Finansiering av habilitering og rehabilitering 103
9.5.3 Problemer og utfordringer 104
9.5.4 Utvalgets vurderinger 105
9.6 Samhandling og desentralisering .. 107
9.6.1 Innledning 107
9.6.2 Eksisterende finansieringsordninger 107
9.6.3 Eksempler på desentralisert spesialisthelsetjeneste 109
9.6.4 Sykestuer, fødestuer og distriktsmedisinske sentre 110
9.6.5 Utvalgets vurderinger 111
9.7 Samlet vurdering 112

10 Finansiering av psykiatrisk pasientbehandling i helseforetakene 114
10.1 Innledning 114
10.2 Nærmere om finansieringen 114
10.3 Problemer og utfordringer 116
10.3.1 Regionale helseforetaks finansiering av psykisk helsevern 116
10.3.2 Aktivitetsbasert finansiering av poliklinikkfunksjon og dagbehandling 117
10.3.3 Aktivitetsfinansiering av sengeposter 119
10.4 Utvalgets vurderinger 119

11 Legemidler i og utenfor sykehus 120
11.1 Dagens finansiering 120
11.2 Utvalgets mandat og bakgrunnen for dette 120
11.2.1 Eksempel: Finansiering av visse revmatismelegemidler 121
11.3 Hovedproblemer med dagens finansieringssystem 122
11.4 Hovedalternativ til dagens finansieringssystem 122
11.5 Nærmere om finansiering av legemidler i den kommunale omsorgstjenesten 123
11.6 Utvalgets tilrådinger 125

12 Høyspesialiserte funksjoner 126
12.1 Innledning 126
12.2 Finansieringsordningene de siste årene 127
12.2.1 Innsatsstyrt finansiering av høyspesialiserte funksjoner 127
12.2.2 Regionsykehustilskuddet 127
12.3 Erfaringer med nåværende finansiering 128
12.4 Alternativer til dagens modell 130

12.5 Diskusjon av alternativene 132
12.5.1 Statlig finansiering 132
12.5.2 Finansiering fra regionale helseforetak 132
12.5.3 Kombinert finansiering fra stat og regionale helseforetak 134
12.5.4 Tjenester med lite volum/tjenester som vanskelig kan DRG-klassifiseres 134
12.6 Kompetansesentre 134
12.7 Utvalgets vurderinger 135

13 Finansiering av private aktører . 137
13.1 Ulikheter i konkurransevilkår 137
13.2 Dagens organisering og finansiering 138
13.2.1 Private legespesialister 139
13.2.2 Private psykologer 143
13.2.3 Private sykehus 143
13.2.4 Private laboratorier og røntgeninstitutter 144
13.3 Kort beskrivelse av ordninger i andre land 145
13.4 Måloppnåelse med dagens ordninger for private spesialister .. 147
13.5 Pasientrettigheter og fritt sykehusvalg 149
13.6 Utvalgets vurderinger 149
13.6.1 Utvalgets evalueringskriterier anvendt på finansiering av private aktører 150
13.6.2 Utvalgets vurderinger og forslag ... 150
13.6.3 Anbud og langsiktighet 151
13.6.4 Poliklinisk aktivitet ved private sykehus 151
13.6.5 Nærmere om inntektsordningen for private spesialister 152
13.6.6 Private laboratorier og røntgeninstitutter 152
13.6.7 Praksisundervisning hos private ... 153

14 Finansiering av helsetjenester fra Rikstrygdeverket 154
14.1 Innledning 154
14.2 Kjøp av helsetjenester for sykmeldte 154
14.2.1 Utviklingen i ordningen de siste årene 154
14.2.2 Evaluering av ordningen 155
14.2.3 Vurderinger 155
14.2.4 Utvalgets vurderinger og anbefalinger 157
14.3 Kjøp av helsetjenester i utlandet ... 157
14.3.1 Omtale av de ulike ordningene 158
14.3.2 Nærmere om kjøp av helsetjenester i utlandet 160
14.3.3 Vurderinger 161
14.3.4 Utvalgets anbefalinger 161
14.4 Kjøp av helsetjenester for rettighetspasienter etter brutt behandlingsfrist 162

Del IV Finansiering av regionale helseforetak 163

15 Skal regionale helseforetak være de eneste tilskuddsmottakerne på regionalt nivå? 165
15.1 Polikliniske refusjoner til offentlige poliklinikker og private spesialister med driftsavtale 165
15.1.1 Utvalgets vurdering av finansieringsordningene til offentlige poliklinikker og private spesialister med driftsavtale 168
15.2 Refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet, både offentlig og privat 168
15.2.1 Utvalgets vurdering av refusjoner knyttet til laboratorie- og røntgenvirksomhet 169
15.3 Finansiering av pasientbehandling i utlandet 169
15.4 Øremerking av bevilgninger til regionale helseforetak 169
15.4.1 Øremerkede tilskudd før reformen . 170
15.4.2 Helseforetakslovens føringer for bevilgninger og kontroll 170
15.4.3 Grader av vilkår 171
15.4.4 Utvalgets vurdering av bruk av øremerkede midler 171

16 Forskning og undervisning 172
16.1 Innledning 172
16.2 Dagens finansiering av forskning og undervisning 173
16.3 Regionsykehustilskuddet 173
16.4 Finansiering av forskning 174
16.5 Finansiering av metodeutvikling og kvalitetssikring 175
16.6 Finansiering av undervisning 176
16.7 Beskrivelse av forsknings- og undervisningsaktivitet 176
16.7.1 Nærmere om forskningsaktiviteten 176
16.7.2 Nærmere om undervisningsaktiviteten 178
16.8 Alternative modeller 180
16.8.1 Vandeskoggruppens forslag 180
16.8.2 Praksisgruppa 182

16.8.3 Finansiering av forskning i andre land 183
16.8.4 Finansiering av undervisning av medisinerstudenter i andre land . . . 183
16.9 Utvalgets vurdering av organisatoriske spørsmål 184
16.9.1 Mottakere av tilskudd til forskning og utdanning 184
16.9.2 Samarbeidsorganets rolle 185
16.9.3 Vurderinger knyttet til organiseringen av praksisundervisningen 186
16.10 Utvalgets vurdering av forskningsfinansiering 186
16.10.1 Nivået på kostnadene ved forskning 186
16.11 Utvalgets vurdering av finansiering av metodeutvikling 189
16.12 Utvalgets vurdering av undervisningsfinansieringen 189
16.12.1 Nivået på kostnadene ved undervisning 189
16.12.2 Kostnadsnøkkel for utdanning 191
16.13 Utvalgets tilråding 191

17 Finansiering av syketransport og skyss av behandlingspersonell . . 193
17.1 Dagens finansiering og organisering 193
17.2 Sterke og svake sider ved dagens organisering 194
17.3 Alternative modeller for organisering av syketransport 196
17.4 Alternative modeller for å dekke reiseutgifter for behandlingspersonell 198
17.5 Anbefalinger fra Christophersengruppen 198
17.6 Utvalgets vurderinger og tilrådinger 200

18 Finansiering av kapital 203
18.1 Tidligere system for finansiering av investeringer i sykehus 203
18.1.1 Finansieringssystem i årene før 2002 203
18.1.2 Finansieringssystem i 2002 203
18.2 Overgang til regnskapsprinsippet: konsekvenser av valg av verdsettelsesprinsipp for åpningsbalansen mv. 204
18.2.1 Eksempler på verdsetting av kapital i samferdselssektoren 204
18.2.2 Verdifastsettelse i spesialisthelsetjenesten 205
18.3 Forslag til nytt system for styring og finansiering av investeringer i statsbudsjettet for 2003 205
18.3.1 Låneadgang og lånerammer 206
18.3.2 Avkastning på egenkapital 206
18.3.3 Nærmere om styringsforholdene . . 207
18.3.4 Fastsetting av samlet investeringsramme og fordeling av denne 207
18.3.5 Finansiering av store investeringsprosjekter 208
18.4 Utvalgets vurderinger 209
18.4.1 Verdsettelsesprinsipp for eksisterende kapital og konsekvenser for bevilgningsnivå og fordeling . . . 209
18.4.2 Nærmere om investeringer finansiert innenfor rammen til regionale helseforetak 211
18.4.3 Nærmere om investeringer finansiert av staten 212
18.5 Utvalgets tilrådinger 212

19 Hovedmodeller for statens finansiering av regionale helseforetak 214
19.1 Hva skaper økonomisk risiko? 214
19.1.1 Hvem bør bære hvilken type risiko? 214
19.1.2 Finansieringsordninger og økonomisk risikodeling 215
19.1.3 Stykkprisbetaling, ramme-finansiering og ulike typer usikkerhet 215
19.2 Utvidede pasientrettigheter 216
19.3 Modeller for overføring av ressurser til regionale helseforetak 217
19.3.1 Dagens finansieringsordninger rettet mot spesialisthelsetjenesten 218
19.3.2 Modell 1 – kostnadsrefusjon 218
19.3.3 Modell 2 – ren rammemodell 218
19.3.4 Modell 3 – ren stykkprismodell 218
19.3.5 Modell 4 – kombinasjon av ramme og stykkpris 219
19.3.6 Modell 5 – beredskapskostnader rammefinansieres, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkpris-finansieres 100 prosent . . 220
19.3.7 Modell 6 – aktivitetskrav med toppfinansiering 220
19.3.8 Modell 7 – videreutvikling av dagens modell 223
19.4 Finansieringsmodellenes egenskaper med hensyn til mål og målkonflikter 223

19.4.1 Konsekvenser av modell 1 – kostnadsrefusjon 224
19.4.2 Konsekvenser av modell 2 – ren rammemodell 224
19.4.3 Konsekvenser av modell 3 – ren stykkprismodell 225
19.4.4 Konsekvenser av modell 4 – kombinasjon av ramme og stykkpris 226
19.4.5 Konsekvenser av modell 5 – beredskapskostnader rammefinansieres, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres 100 prosent . . . 227
19.4.6 Konsekvenser av modell 6 – aktivitetskrav med toppfinansiering 227
19.4.7 Konsekvenser av modell 7 – videreutvikling av dagens modell . . 229
19.5 Oppsummering og utvalgets vurdering 230

20 Fordelingskriterier for aktivitetsuavhengige inntekter . . 232
20.1 Innledning 232
20.2 Bakgrunn for bruk av behovsbaserte tilskudd 232
20.3 Nærmere om metoder for valg av fordelingskriterier 233
20.4 Fordeling av helseutgifter til somatisk behandling 234
20.4.1 Analyseresultater 236
20.4.2 Oppsummering 240
20.5 Psykiatriske helsetjenester 241
20.5.1 Fordeling av utgifter til psykiatrisk behandling 241
20.5.2 Valg av kriterier 242
20.6 Utgifter til rusmiddelinstitusjoner . . 245
20.7 Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell 245
20.8 Utvalgets samlede vurdering 246

Del V Utvalgets tilråding. 249

21 Utvalgets tilråding om framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten 251
21.1 Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver 252
21.2 Finansiering av regionale helseforetak 260

Litteraturliste 272

Vedlegg
1 Forslag til videreutvikling av DRG-systemet 276
2 En meny av kontrakter 279

Del I
Mandat og sammendrag

Kapittel 1
Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

1.1 Mandat og sammensetning

I forbindelse med forslag til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Lov om helseforetak, varslet regjeringen at den ville foreta en bred gjennomgang av eksisterende finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten. Behovet for en nærmere gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringen er nærmere omtalt i Samarbeidsregjeringens forslag til statsbudsjett for 2002, St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 4 (2001–2002).

Ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002 nedsatte regjeringen deretter et utvalg med følgende mandat:

> «I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001–2002) varsles det at det skal arbeides med en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Med dette mandat nedsettes et offentlig utvalg som har som oppgave å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten.
>
> Siktemålet med utredningen er at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er siktemålet at det etableres en finansiering som understøtter viktige mål om en produktiv sektor med høy kvalitet i tjenestetilbudet, tilrettelegge for utdanning og forskning i samarbeid med universiteter og høgskoler, samt en finansiering som bidrar til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og annen helsetjeneste. Gjennomgangen må derfor favne vidt, dvs. at det også er nødvendig å se på grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, grensesnittet mellom folketrygdens ansvar og de regionale helseforetakenes ansvar samt forholdet til private tjenesteytere slik at disse utnyttes best mulig. Utvalget skal legge til grunn de finansieringsordninger som i dag gjelder for fastlegeordningen. Videre ligger det utenfor utvalgets mandat å foreslå endringer i finansieringsordningene for opptreningsinstitusjoner, da det vil bli nedsatt en egen arbeidsgruppe/utvalg for å vurdere dette.
>
> I sitt arbeid bør utvalget legge vekt på følgende prioriterte mål for en finansieringsmodell:
> – stimulere til høy aktivitet og rask behandling av pasienter
> – legge til rette for god kostnadskontroll
> – stimulere til effektiv ressursbruk, herunder bruk av både drifts- og kapitalressurser
> – understøtte målet om et likeverdig helsetilbud geografisk og mellom pasienter og grupper av pasienter (somatikk, psykiatri, rusmiddelmisbrukere, rehabilitering og habilitering)
> – stimulere til god kvalitet i pasientbehandling
> – legge til rette for utdannings- og forskningsvirksomhet
> – stimulere til utnyttelse av private helsetilbud
> – være enkelt og forutsigbart
>
> Der hvor de ulike målene er motstridende, bør utvalget drøfte vektleggingen av ulike hensyn. Utvalget må basere sine vurderinger og tilrådinger på evalueringer av nåværende finansieringsordninger og nyere empirisk og teoretisk kunnskap om hvordan ulike finansieringsordninger virker i helsesektoren. Det forutsettes at utvalget innhenter erfaringer også fra andre land.
>
> Utvalget bør drøfte flere alternative finansieringsmodeller, og hvorvidt det er ønskelig å kombinere flere av dem i forslag til et samlet finansieringssystem. Utvalget må legge til grunn at finansieringssystemet mellom staten og de regionale foretakene er en separat beslutning, og systemet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene en annen. Det vises ellers til Sem-erklæringen, der det står det at «Samarbeidsregjeringen vil utrede et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester.» Utvalget bør drøfte hvordan ulike finansieringsmodeller kan bidra til å understøtte bruk av et slikt skille, herunder drøfte alternative kontrakts- og styringsformer mellom regionale helseforetak (bestillere) og helseforetakene (utøvere). Utvalget bør i

denne sammenheng også drøfte nødvendige forbedringer i systemer for ledelsesinformasjon og styringsdata i sykehus.

Det legges til grunn at et framtidig system skal understøtte resultater, og som i kombinasjon med fritt sykehusvalg innebærer at «pengene følger pasienten».

Utredningen bør bl.a. ta opp følgende problemstillinger og utfordringer:

- utviklingstrekk innen pasientbehandlingen, både den medisinsk-faglige utviklingen, teknologisk utvikling og organisatorisk utvikling innen behandlingen, herunder telemedisin
- utvikling innen organisering av sykehus og sykehusfunksjoner, herunder utvikling i sykehusstruktur
- finansiering av kapitalkostnader
- ulike finansieringsordninger for kjøp av helsetjenester i utlandet og folketrygdens kjøp av helsetjenester for sykmeldte med enkle lidelser
- behovet for et felles finansieringssystem for innlagte pasienter og polikliniske pasienter
- behov for å finne gode løsninger for «gråsoner» mellom behandling i og utenfor sykehus (ambulant behandling, lindrende behandling, sykestuenes plass i forhold til primærhelsetjenesten, ansvar for ferdigbehandlede pasienter, ansvarsdelingen for legemiddelbehandling mellom folketrygden og de regionale helseforetak m.m.)
- finansiering av utdanning av helsepersonell og klinisk forskning i sykehus
- finansiering av høyspesialiserte funksjoner i sykehus
- prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengig tilskudd mellom de regionale helseforetakene

Disse problemstillinger og utfordringer bør drøftes i lys av hvilke implikasjoner de gir i utformingen av et finansieringssystem. For enkelte av problemstillingene er det allerede satt i gang utredningsarbeid, som utvalget vil kunne ha nytte av. Bl.a. gjelder dette finansiering av kapital. Dette vil bli gjort kjent for utvalget. Videre bes utvalget benytte en nylig avgitt rapport fra en arbeidsgruppe med deltakelse fra Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, universitetssektoren og sykehussektoren som gjennomgår funksjoner som finansieres av regionsykehustilskuddet.

Utvalget skal levere sin innstilling innen 31.12.2002.»

Utvalget ble gitt følgende sammensetning:

- Professor Terje P. Hagen, leder, Bærum
- Avdelingsdirektør Olav Slåttebrekk, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Fungerende direktør Jon Magnussen, SINTEF Unimed, Trondheim
- Administrerende direktør Lars Erik Flatø, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo
- Kommunelege Daniel Haga, Alta kommune, Alta
- Overlege, psykiater Kjetil Hustoft, Jæren distriktspsykiatriske senter, Bryne
- Fylkestrygdedirektør Elisabeth Blørstad, Rikstrygdeverket, Kristiansand
- Pasientombud Grethe Brundtland, Pasientombud i Hordaland, Bergen
- Fagdirektør Trine Magnus, Helse Nord, Bodø
- Avdelingssjef Ursula Falkmer, St. Olavs Hospital HF, Trondheim
- Universitetsdirektør Vigdis Moe Skarstein, NTNU, Trondheim

Utvalgets sekretariat har bestått av Helga Festøy (sekretariatsleder), Cecilie Mo Batalden, Målfrid Bjærum, Lars Fjell Hansson og Oddvar Kaarbøe.

1.2 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt ni møter, det første 28. februar, og det siste 3. desember. Flere av møtene har vært på to dager. Utvalget har også arrangert egne seminarer, et som dreide seg om private aktørers rolle i spesialisthelsetjenesten og et om økonomistyring i offentlige sykehus. Til utvalgsmøtene og seminarene har det vært invitert sentrale aktører innenfor temaene utvalget har drøftet. Disse aktørene har vært pasientorganisasjoner, utdannings- og forskningsinstitusjoner, Forskningsrådet, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, regionale helseforetak, helseforetak og private tjenestetilbydere.

I tillegg har utvalgsleder og sekretariat hatt møter med flere aktører. Her nevnes spesielt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, Fagrådet for høyspesialisert medisin (ved sekretariatet) og Råd for prioriteringer i helsevesenet.

Utvalget har også mottatt en rekke skriftlige innspill fra sektoren.

På flere områder har utvalget sett behov for å oppdatere kunnskapsgrunnlaget. Det ble derfor satt i gang flere utrednings- og analyseoppdrag i utvalgets regi. Disse er:

- Finansiering av private aktører i spesialisthelsetjenesten – med vekt på legespesialister. Tor

Iversen, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, oktober 2002.
- Analyse av interne styringssystemer i sykehus. Torgeir Strøm, Hilde Bakken og Ingrid Brænden, Accenture, august 2002.
- Forslag til kostnadsnøkkel for det psykiske helsevernet. Per Bernhard Pedersen, Jorid Kalseth og Helge Hagen, SINTEF Unimed, juni 2002.
- Finansiering av helseforetak basert på relative prestasjoner. Egil Kjerstad og Trond Olsen, Samfunns- og næringslivsforskning AS, SNF-rapport nr 41/02, oktober 2002.

Rapportene blir gjort tilgjengelige via internettstedene til utgiverne.

Utvalget har også mottatt flere nye utredninger som har vært verdifulle innspill, men som ikke har vært utført på oppdrag fra utvalget. Utvalget ønsker spesielt å nevne de følgende:
- Fra regionsykehustilskudd til universitetssykehustilskudd – Forslag til ny ordning for regionsykehustilskuddet. Arbeidsgruppe ledet av Gerd Vandeskog, juni 2002.
- Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader? Sverre A. C. Kittelsen, Fredrik Niclas Piro, Jon Magnussen, Frischsenteret, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed, oktober 2002.
- Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak. Afsaneh Bjorvatn, Egil Kjerstad, Jan Gaute Sannarnes og Kjell J. Sunnevåg, Samfunns- og næringslivsforskning AS, SNF-rapport 34/02, september 2002.
- Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus. Dag Morten Dalen, Jostein Grytten og Rune J. Sørensen, Handelshøyskolen BI og Universitet i Oslo, september 2002.
- Økonomisk styring for forandring. Per Helle Johnsen og Katarina Östergren, PricewaterhouseCoopers, Universitetet i Bergen, juni 2002.

Tidlig høsten 2002 så utvalget at det ville komme til å anbefale en videreutvikling av DRG-systemet. Utvalget sendte derfor et eget brev om dette til Helsedepartementet for at arbeidet skulle kunne starte så raskt som mulig (jf. vedlegg 1). Arbeidet vil uansett framtidig finansiering av regionale helseforetak kunne danne grunnlag for bedre oppfølging av aktivitet og kostnader mellom regionale helseforetak og helseforetak.

Kapittel 2
Sammendrag

Utvalgets mandat har vært at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er siktemålet at det etableres en finansiering som understøtter viktige mål om en produktiv sektor med høy kvalitet i tjenestetilbudet, tilrettelegge for utdanning og forskning i samarbeid med universiteter og høgskoler, samt en finansiering som bidrar til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og annen helsetjeneste.

Utvalgets innstilling er delt i fem deler:

- Del I inneholder mandat, utvalgets arbeid og sammendrag.
- Del II gir bakgrunn for endringer i helsetjenesten, samt endringer i institusjonelle, juridiske og økonomiske rammebetingelser.
- Del III gir en gjennomgang av finansieringen av de enkelte tjenesteområder i helseforetakene, og drøfter eksisterende og mulige framtidige finansieringsløsninger mellom regionale helseforetak og det enkelte helseforetak.
- Del IV gir en gjennomgang av statens finansiering av regionale helseforetak, og skisserer ulike finansieringsmodeller.
- Del V inneholder utvalgets tilråding.

I dette kapitlet gis sammendrag av innstillingens del II–IV.

2.1 Del II – Utfordringer og kriterier for vurdering av finansieringssystem

I del II av innstillingen har utvalget som målsetting å etablere kriterier for vurdering av alternative finansieringssystem. Som bakgrunn for drøftingen av evalueringskriterier gis en beskrivelse av endringer i tilbudet av helsetjenester og av institusjonelle forhold i dagens spesialisthelsetjeneste, en diskusjon av hvilke utfordringer spesialisthelsetjenestene står overfor i Norge i dag, samt en generell diskusjon av hvordan ulike finansieringsordninger ivaretar ulike mål.

Del II består av kapitlene 3–7.

Kapittel 3 *Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten* gir en beskrivelse av endringer i det medisinske-faglige tilbudet, og endringer i etterspørsel og ressursbruk i spesialisthelsetjenestene. Det har de siste årene skjedd en betydelig utbygging av tilbudet, flere har fått behandling, og behandlingsmetoder og bruk av nye legemidler er i utvikling.

Kapittel 4 *Rammebetingelser i endring.* Kapitlet gir en beskrivelse av dagens organisering og finansiering av spesialisthelsetjenestene, av utviklingen av pasientrettighetene og gjeldende retningslinjer for prioritering.

I kapittel 5 *Kritiske blikk på spesialisthelsetjenesten* er utgangspunktet at ulike grupper opplever ulike problem ved spesialisthelsetjenesten. Utvalget presenterer problemene med utgangspunkt i perspektivet til pasienten, helsetjenesten, private aktører, universitetene og høgskolene og ressursstyringen.

Kapittel 6 *Finansieringsmodeller* drøfter noen forhold som må tillegges vekt når et finansieringssystem skal utformes. Kapitlet beskriver de viktigste finansieringsordninger som brukes i spesialisthelsetjenesten, og effekter av disse. Det er lagt vekt på effektene finansieringsordningene kan ha for tilgjengelighet, kostnadseffektivitet, aktivitetsnivå og kvalitet.

Kapittel 7 *Utvalgets kriterier for vurdering av finansieringssystemer* etablerer med utgangspunkt i målene for helsetjenestene, mandatet og drøftingen i kapittel 3–6, kriteriene utvalget vil benytte for å evaluere alternative finansieringssystemer.

Kriteriene er delt i fem hovedgrupper:

- Behandlingskriterier
- Valgfrihetskriterier
- Forsknings- og undervisningskriteriet
- Effektivitetskriterier
- Legitimitetskriterier

2.2 Del III – Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver

Del III gir en gjennomgang av finansieringen av de enkelte tjenesteområdene i helseforetakene, og

drøfter eksisterende og mulige finansieringsløsninger mellom regionale helseforetak og den enkelte helsetjenesteprodusent. Det III består av kapitlene 8–14.

I del III etablerer utvalget tre hovedprinsipper som også ligger til grunn for utvalgets videre tilrådinger. Prinsippene omhandler følgende tre områder:

- Rolle og myndighet for regionale helseforetak (prinsippet om samlet avtaleansvar, kapittel 8).
- Kontrakts- og avtaletyper mellom regionale helseforetak og tjenesteprodusentene (prinsippet om fri prissetting, kapittel 8).
- Videreutvikling av prissystemer og finansieringsordninger for pasientbehandling (prinsippet om behovsbasert finansiering, kapittel 9).

Samlet avtaleansvar. Utvalget vil understreke den sentrale rolle regionale helseforetak har i den nye styringsstrukturen. At regionale helseforetak er tillagt ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester for befolkningen i sin region innebærer at regionale helseforetak er tillagt en myndighetsoppgave. Som en konsekvens av denne oppgaven overtok regionale helseforetak alle eiendommer og andre formuesposisjoner som var knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten, og trådte inn i avtaler som fylkeskommunene hadde med offentlige og private leverandører av helsetjenester, serviceytelser og annet.

Ifølge utvalgets mandat er et siktemål med utredningen «at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten». Utvalget legger derfor følgende til grunn for tilrådingene at sørge for-ansvaret innebærer at regionale helseforetak som hovedregel blir avtalepartner med offentlige og private aktører som leverer offentlig finansierte spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Fri prissetting. Utvalget legger vekt på behovet for fleksibilitet i finansieringen av helseforetakene. Av hensyn til forskjeller både mellom de ulike regionene og mellom helseforetak i samme region, er det viktig at regionale helseforetak selv kan avgjøre hvordan prisene på helsetjenester bør utformes. Regionale helseforetak må kunne operere med ulike *enhetspriser* og ulike *stykkprissatser* overfor ulike sykehus. Utvalget foreslår derfor at regionale helseforetak stilles fritt i valg av avtale- og kontraktstyper i forhold til tilbydere av helsetjenester og andre ytelser og tjenester som inngår ansvarsområdet til regionale helseforetak. De stilles videre fritt i fastsetting av enhetspriser og eventuelle stykkprissatser for disse tjenestene.

Behovsbasert finansiering. Utvalget har gjennom sitt arbeid vurdert ulike finansieringssystemer i forhold til somatiske helsetjenester (inkludert habilitering og rehabilitering), psykiatrisk helsevern og høyspesialisert behandling (kapitlene 8–12). På flere av disse områdene skjer det endringer i andre land. Den generelle trenden er et ønske om å komme bort fra finansieringssystemer der det betales for utførte enkelttjenester, og i stedet komme over til systemer der behandling finansieres etter diagnose (for eksempel basert på DRG-systemet), behandlingsprogram eller hele behandlingsforløp. Begrunnelsen for disse endringene er både ønske å dempe kostnadsvekst med årsak i tilbudsindusert etterspørsel, og ønske å oppmuntre helsetjenestene til å utvikle sammenhengende behandlingskjeder for pasientene. Utvalget legger ønsket om en liknende utvikling til grunn for sin tilråding. Utvalget legger dermed til grunn at finansieringssystemene i helsetjenestene skal utvikles bort fra systemer basert på betaling for utførte enkelttjenester og over til systemer der en finansierer behandling etter diagnose (for eksempel DRG), behandlingsprogram eller behandlingsforløp.

I kapittel 9 diskuteres *finansiering av somatisk pasientbehandling.* Kapitlet gir en bred evaluering av ISF og øvrig finansiering av somatikken. Utvalget mener at erfaringene med bruk av DRG i hovedsak er gode, og anbefaler at DRG-systemet med tilhørende kostnadsvekter fortsatt benyttes som pasientklassifiserings- og prissystem for somatisk pasientbehandling.

Behov for et enhetlig klassifiseringssystem for somatikk. I tillegg til DRG-systemet benyttes flere systemer som basis for finansiering av somatisk pasientbehandling. Sykehusenes polikliniske virksomhet og private spesialister finansieres gjennom egne takstsystemer administrert av Rikstrygdeverket (RTV). Disse ordningene baseres på registreringer av virksomheten som er ulik den som finnes i DRG-systemet. Det er også variasjoner mellom takstsystemet for offentlige poliklinikker og private spesialister. Det fører til at det ikke er mulig å få en enhetlig oversikt over aktivitetene i og utenfor sykehus. Manglende informasjon om behandlingsaktivitet gjelder særlig private spesialister. På denne bakgrunn blir det vanskelig å planlegge behandlingsaktivitetene. Det gjelder både for utviklingen av behandlingsprogrammer for pasientene og for valg av de helseprodusentene som tilbyr den beste kombinasjonen av pris og kvalitet. Presentasjon av en enhetlig statistikk som omfatter

all behandling i spesialisthelsetjenesten, er ikke mulig i dag. Utvalget foreslår derfor at det utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for somatisk spesialisthelsetjeneste, inklusiv rehabilitering og habilitering. Pasientopplæring må også anses som en del av dette.

I kapittel 9 diskuteres også samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener følgende premisser bør gjelde på dette området:

- 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 desentraliseres, bør flyttes nær pasienten.
- Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell må ses i sammenheng med beslutninger om strukturendringer. Løsningene som velges der vil være viktige for å fremme samhandling.

I kapittel 10 diskuterer utvalget finansiering av *psykisk helsevern*. Finansiering av psykisk helsevern er av flere årsaker mer komplisert enn finansiering av somatiske helsetjenester. Så langt har ikke Norge et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykiske helsetjenester utover dagens takstsystem for poliklinisk virksomhet. Utvalgets gjennomgang viser at stort sett alt psykisk helsevern i dag rammefinansieres. Utvalget vil peke på at i en situasjon med omfattende stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester, samtidig som psykiatriske helsetjenester rammefinansieres, stilles det store krav til målstyring, oppfølgning og kontroll for å sikre at helseforetak ikke vrir ressursbruken fra psykiatri til somatikk. Utvalget foreslår derfor at det snarest mulig utvikles et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av poliklinisk virksomhet, dag- og døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusomsorg.

I kapittel 11 drøfter utvalget *finansiering av legemidler*. Utgiftene til legemidler initieres både av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men betales i stor grad av folketrygden. Dette tilsier en endring av ansvarsforholdene. En samling av ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og en overtakelse av de samlede legemiddelutgiftene kunne da vurderes. Dagens organisering innebærer imidlertid delt ansvar for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det ligger derfor, etter utvalgets vurdering, lite til rette for at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for legemiddelutgiftene. Utvalget tilrår derfor ingen endringer på legemiddelområdet.

Kapitel 12 diskuterer finansiering av *høyspesialiserte funksjoner inkludert nasjonale kompetansesentre*. Utvalget har merket seg en rekke problemer med dagens finansiering av høyspesialiserte tjenester. Sykehusene med landsfunksjoner hevder at det er en utilstrekkelig finansiering av merkostnadene tilknyttet pasientbehandlingen i lands- og flerregionale funksjoner, og at det er for dårlig samsvar mellom statlig medfinansiering og godkjenning av høyspesialiserte funksjoner. En del av den økonomiske risikoen for økte kostnader eller for økning i pasientvolum ligger derfor i praksis hos det sykehus som er tildelt en slik funksjon. Det er videre dokumentert betydelig geografisk ulikhet i tilgangen til noen av de høyspesialiserte funksjonene og det er uklart hvordan disse pasientene prioriteres i forhold til andre grupper.

Utvalget foreslår derfor følgende:

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

I tillegg må staten vurdere om slike funksjoner skal motta et eget infrastrukturtilskudd.

Kompetansesentre. De nasjonale kompetansesentrene står for spredning og videreutvikling av kompetanse på et fagfelt, og veileder og lærer opp fagmiljø og helsepersonell på sykehus. Deres virksomhet er også rettet mot pasienter og pårørende. I utgangspunktet skal kompetansesentrene ikke utføre pasientbehandling. Bakgrunnen for å bli tildelt eller påta seg en kompetansesenterfunksjon, er at man fra før har utviklet særskilt kompetanse på feltet som andre kan dra nytte av.

Utvalget foreslår at nye nasjonale kompetansesentre i framtida finansieres etter følgende modell.

Et regionalt helseforetak som via samarbeidsorganet søker om å få tildelt, eller aksepterer å påta seg, en kompetansesenterfunksjon, utarbeider forslag til årlig budsjett (utgifter/inntekter) for de oppgavene man forplikter seg til å utføre. På grunnlag av planlagt aktivitet, og etter en vurdering av behovet for virksomheten, gir staten en eventuell godkjenning som følges av statstilskudd over basisbevilgningen til det tilhørende regionale helseforetak. Senere års statstilskudd er deretter basert på oppfølging og dokumentasjon av resultater fra virksomheten.

I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, finansieres denne pasientbehandlingen på linje med annen pasientbehandling.

Kapittel 13 diskuterer bruken av *private aktører*. I mandatet er det lagt vekt på at «private tjenesteytere skal utnyttes best mulig». Utvalget mener at dette må vurderes ut fra hva som er best for den aktuelle pasientgruppe og ut fra hvordan bruk av private tjenesteytere påvirker helsetjenesten samlet. Utvalget mener at regionale helseforetak bør gjennomgå sin virksomhet med tanke på å konkurranseutsette deler av den. Anbudskonkurranse mellom private virksomheter og mellom private og offentlige virksomheter, vil være et sentralt virkemiddel her. I tillegg vektlegger utvalget at

- private helsetilbydere inngår avtaler på regionalt nivå, og ikke med de enkelte foretak,
- regionale helseforetak snarest mulig bør legge opp til en praksis med direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til de private sykehusene og spesialistene som det regionale helseforetaket har avtale med.
- regionale helseforetak må utvikle avtaler som gir nødvendig langsiktighet i samarbeidet med private helsetilbydere, samt
- private sykehus som har avtale med regionale helseforetak kan, på lik linje med offentlige sykehus, utløse refusjoner for poliklinisk virksomhet.

Kapittel 14 diskuterer *finansiering av helsetjenester fra Rikstrygdeverket.* Per i dag er det fire ordninger hvor trygdeetaten kan kjøpe behandlingstiltak for personer som oppfyller visse vilkår. Dette er ordningene:

1. Kjøp av helsetjenester for sykemeldte,
2. Bidrag for behandling i utlandet,
3. Kjøp av helsetjenester i utlandet og
4. Behandlingsreiser til utlandet.

Utvalget er enig om at ordningen med kjøp av helsetjenester for sykemeldte videreføres i regi av Rikstrygdeverket.

For de tre andre ordningene er utvalget delt i sin innstilling. *Flertallet,* medlemmene Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen Moe Skarstein og Slåttebrekk, foreslår at disse ordningene avvikles i sin nåværende form, og at ressursene overføres regionale helseforetak. *Mindretallet,* medlemmene Blørstad og Flatø, foreslår at ordningene for kjøp av behandling i utlandet opprettholdes i sin nåværende form. Det henvises til kapittel 21 for flertallets og mindretallets begrunnelse.

Utvalget viser til lovforslaget om å innføre en behandlingsgaranti som innebærer at pasientene gis individuelle behandlingsfrister. Ved garantibrudd tildeles pasienten en sekundær rett til behandling. Helseforetaket som er ansvarlig for garantibruddet finansierer rettigheten.

Pasienten vil imidlertid i liten grad ha informasjon og andre ressurser som skal til for å orientere seg blant tilbydere av helsetjenester. Blant annet av denne grunn kan det være hensiktsmessig å etablere et sentralt organ som kan koordinere informasjon og inngå felles avtaler, både med private tilbydere innenlands og tilbydere i utlandet, jf. lovforslaget. Utvalget foreslår derfor at et organ utenfor regionale helseforetak får ansvar for å finne alternative behandlingssteder når pasienten ikke får annet tilbud om behandling innenfor den fastsatte tidsfristen.

2.3 Del IV – Finansiering av regionale helseforetak

Del IV gir en gjennomgang av finansieringen av regionale helseforetak. I praksis vil dette gjelde finansieringssystemet mellom staten og regionale helseforetak, herunder også forskning og undervisning, transport og kapital.

I kapittel 15 diskuterer utvalget om *regionale helseforetak skal være eneste tilskuddsmottaker på regionalt nivå.* Bakgrunnen for diskusjonen er at dagens finansiering av pasientbehandling preges av at ulike finansieringsordninger administreres av forskjellige offentlige etater samt at tilskuddsmottakerne er plassert både på regionalt og lokalt nivået (henholdsvis regionale helseforetak og sykehus/spesialister). Dette gir et fragmentert system der effektene er uklare og måloppnåelsen er vanskelig å vurdere.

Utvalget er delt i sitt syn på om det er ønskelig at staten utbetaler takster eller refusjoner utenom

regionale helseforetak og direkte til den enkelte tjenesteutøver.

Utvalgets flertall, medlemmene Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen og Moe Skarstein, går inn for en omlegging fra 2004 ved at statens nåværende takster og refusjoner styres inn mot regionale helseforetak, og ikke inn mot den enkelte tjenesteutøver. *Utvalgets mindretall*, medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk, mener at styringsmulighetene til regionale helseforetak er fullt ut ivaretatt selv om en tilleggsfinansiering i form av refusjoner kanaliseres utenom regionale helseforetak. Det henvises til kapittel 21 for flertallets og mindretallets begrunnelse.

Kapittel 16 omhandler *finansiering av forskning og undervisning*. Utvalget påpeker at dagens modell for finansiering av forskning og utdanning er uklar, og gir få insitament til økt fokus på disse aktivitetene. Utvalget ser behov for en styrket innsats på dette feltet, og ser i den sammenheng en resultatbasert finansiering av forskning som et godt virkemiddel.

Utvalget mener at en ved å kombinere et styrket samarbeidsorgan, resultatavhengig finansiering av forskningen og en aktivitetsavhengig finansiering av undervisningen vil kunne sikre at forskning og undervisning ivaretas på en god måte. Forslagene innebærer en forenkling av finansieringen fordi man ikke lenger opererer med egne tilskudd. Samtidig stilles det store krav til partenes evne til ta gode beslutninger om bruk av midlene videre. Utvalget er enstemmig på alle sine forslag som vedrører forskning og undervisning med unntak av hvem som skal være ankeinstans hvis enighet ikke oppnås i samarbeidsorganet. *Utvalgets flertall*, medlemmene Blørstad, Brundtland, Falkmer, Flatø, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen, og Slåttebrekk, foreslår at styret i det regionale helseforetaket er ankeinstans. *Utvalgets mindretall*, medlemmet Moe Skarstein, foreslår at foretaksmøtet er ankeinstans.

I kapittel 17 behandles *finansiering av syketransport og skyss av behandlingspersonell*. Finansieringssystemet for syketransport innebærer en form for tredjepartsfinansiering. En betydelig andel av utgiftene til syketransport, anslagsvis 80 prosent, er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak, som beslutter hvor behandlingstilbud skal lokaliseres, og som dermed utløser behov for syketransport, har ikke det finansielle ansvaret. Utvalget peker på at dette strider med kriteriet for kostnadseffektivitet. Systemet bør være slik at også utgiftene ved at pasientene må reise tas med i betraktning når helsetilbudet utformes. I den grad spesialisthelsetjenesten kan endres på en slik måte at det reduserer reisebehovet, er dette også en endring som kommer pasientene til gode. Det må antas at pasientene generelt ønsker behandling nær hjemstedet.

Utvalget er enig om at ansvaret for skyss av behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak, og ansvaret for skyss av behandlingspersonell i primærhelsetjenesten overføres til kommunene.

Utvalget er delt i synet på om ansvaret for all syketransport, også den som gjelder primærhelsetjenesten, bør legges til regionale helseforetak. *Utvalgets flertall*, medlemmene Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen og Moe Skarstein, foreslår at ansvaret for syketransport overføres til regionale helseforetak. *Storparten av mindretallet*, medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk, foreslår derimot at Rikstrygdeverket fortsatt har ansvar for refusjoner for all syketransport, mens *medlemmet Brundtland* foreslår at syketransport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak..

Kapittel 18 drøfter *finansiering av kapital*. Ett av de sentrale målene med sykehusreformen og den nye foretaksmodellen har vært å legge til rette for bedre forvaltning av verdier som ligger i bygg og utstyr.

Utvalget har tatt til etterretning forslag vedrørende dette som er presentert i St.prp. nr. 1 (2002–2003):

- Adgang for regionale helseforetak til å vurdere sammensetning av kapital/drift innenfor egne økonomiske rammer.
- Sentral styring av større prosjekter.
- Krav til driftsresultat i balanse.
- Ingen avkastningskrav på egenkapital.
- Adgang til å låne, men innenfor rammer som regulerer maksimalt låneopptak.

Utvalget har kommentarer knyttet til to av disse forslagene. Det ene gjelder forslaget om sentral styring av større prosjekter. Utvalget mener at helseforetakene vil ha sterke motiver for å få gjennomført prosjekter som helt eller delvis finansieres av staten. Utvalget vil derfor understreke at vedtak om slike utbygginger må vurderes nøye, og kun bør benyttes i særskilte tilfeller.

Den andre kommentaren knytter seg til beslutningen om at det ikke skal stilles avkastningskrav til egenkapitalen. Hos private og kommersielle tjenesteytere stilles det krav til avkastning på egenkapitalen. Det kan da framstå som om det er en vesentlig ulikhet i konkurransevilkårene mellom offentlige foretak og private aktører. I realiteten er

denne ulikheten i stor grad utjevnet med modellen som er foreslått. Det skyldes at offentlige foretak vil ha en alternativkostnad ved å binde kapital i realkapital. For de offentlige foretakene er alternativet å plassere pengene som en finansinvestering. Noe ulikhet vil fortsatt bestå ved at kravet til avkastning på egenkapitalen hos de private kan være noe høyere enn renten det offentlige foretaket står overfor. Det skyldes ulikheter i risiko. Denne ulikheten kan også reduseres ved en større langsiktighet i avtalene mellom regionale helseforetak. Mer langsiktige avtaler vil redusere de privates risiko.

De viktigste spørsmålene som foreløpig er uavklart er:

- Verdifastsetting av åpningsbalansen.
- Fordelingskriterier for midler til investeringer mellom regionale helseforetak.

Utvalget erkjenner at verdifastsettingen i åpningsbalansen, og dermed størrelsen på avskrivningene, gir direkte implikasjoner for hvor mye som må bevilges til avskrivninger. Utvalget ser dette som et spørsmål om bevilgningsnivå, noe som utvalget ikke tar stilling til. Når det, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet, er tatt stilling til hvilket beløp som skal legges inn til investeringer/avskrivninger i helseforetakene, må verdifastsettingen ta utgangspunkt i dette beløpet. Utvalget vurderer det slik at det særlig er insitamentene i forhold til nyinvesteringer som er viktige i forhold til riktig kapitalbruk, og som må ivaretas ved utformingen av systemet.

Utvalget er delt i sitt syn på hvordan midler til investeringer skal fordeles mellom de regionale helseforetak. *Utvalgets flertall*, medlemmene Blørstad, Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnussen og Moe Skarstein, foreslår at midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til regionale helseforetak. *Utvalgets mindretall*, medlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk, foreslår at finansiering av kapitalkostnader til regionale helseforetak knyttes delvis til etablerte, volumbaserte refusjonsordninger.

I kapittel 19 diskuterer utvalget *hovedmodell for statens finansiering av regionale helseforetak*.

Utvalget er delt i sin anbefaling av finansieringsmodell mellom stat og regionale helseforetak. *Flertallet,* medlemmene Blørstad, Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnussen og Moe Skarstein, tilrår at staten finansierer regionale helseforetak med en modell med statlige aktivitetskrav og toppfinansiering. *Mindretallet*, medlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk, anbefaler staten å videreutvikle dagens finansieringsordning mellom stat og regionale helseforetak til det som er omtalt som blandingsmodellen.

Flertallets anbefalte modell, som omtales som *aktivitetskravmodellen,* har som utgangspunkt at Stortinget vedtar den samlede rammen for spesialisthelsetjenesten. Denne ressursrammen fordeles så mellom regionale helseforetak etter behovsbaserte kriterier. Staten (Helsedepartementet) og regionale helseforetak har så, med bakgrunn i de overordnede helsepolitiske prioriteringene, en dialog om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor tildelte ramme. Gjennom denne dialogen etablerer stat (eier) og regionale helseforetak (sørge for-ledd) en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder.

For å sikre at regionale helseforetak ikke må bære all økonomisk risiko dersom behovet for spesialisthelsetjenester skulle bli uforutsett høyt, gir staten 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet ut over det avtalte nivået, dog ikke over en nærmere fastsatt maksimumsgrense (for eksempel 2 prosent). I motsetning til i dagens ISF-modell utløses imidlertid ikke toppfinansieringen før alle fastsatte aktivitetsmål er nådd. Eksempelvis vil en overoppfyllelse av aktiviteten innenfor somatikk ikke utløses med mindre aktivtetsmålene for psykiatri og habilitering/rehabilitering er nådd. Dermed skiller denne modellen seg fra tradisjonelle stykkprismodeller hvor enhver aktivitetsøkning utløser en stykkpris. For å sikre at regionale helseforetak ikke underoppfyller aktivitetskravene trekkes tilsvarende 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet under det planlagte nivået.

Dialogen mellom stat og regionale helseforetak vil kunne gis større legitimitet dersom staten og regionale helseforetak kan støtte seg på beregninger gjort av et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten. *Flertallet* foreslår derfor at det bygges opp et teknisk beregningsutvalg som skal gis en selvstendig rolle i å legge fram kostnads- og aktivitetsdata som staten og regionale helseforetak kan benytte i prosessen med å komme fram til enighet om forutsetningene for statens bevilgninger.

Mindretallets anbefalte modell, som omtales som *blandingsmodellen*, er en videreutviklingen av dagens modell. Modellen tar utgangspunkt i at framtidas finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønsket om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som finansieringssystemet må understøtte styringsbehovet på denne viktige samfunnssektoren. Et viktig element i denne modellen blir derfor å opprettholde dagens delvise stykkprisfinansiering slik at penger følger

pasient, samtidig som behovet for styring ivaretas gjennom rammetilskuddet. Stykkprisdelen gir også et utvetydig signal til helseprodusentene om at innsats lønner seg. På den annen side, og siden det er i denne modellens intensjon å styre gjennom rammebevilgningen, bør ikke stykkprissatsen settes så høyt at stykkprisen kan egenfinansiere aktivitetsvekst.

Mindretallet er delt i sin anbefaling om hvor stor refusjonssatsen på tjenestene som stykkprisfinansieres skal være. To medlemmer av *mindretallet* (Magnus og Slåttebrekk) vil ikke anbefale ytterligere økning i refusjonssatsen. Dette gjelder for alle modellene med stykkpriselement. Ett medlem av *mindretallet* (Flatø), anbefaler at refusjonssatsen for ISF foreløpig holdes på uendret nivå etter etablering av 60 prosent refusjonsandel i 2003.

Kapittel 20 behandler *fordelingskriterier for aktivitetsuavhengige tilskudd*. Utvalget har merket seg at de fleste land i Europa nå finansierer hele eller store deler av helsetjenestene ved at organer som er bestillere av helsetjenester får tildelt tilskudd avhengig av behovene til befolkningen eller pasientene. Det er særlig to argumenter som benyttes for behovsbasert ressursfordeling:

- *fordelingshensyn* ved at det bidrar til lik tilgang til helsetjenester for personer med likt behov
- *effektivitet* ved at det bidrar til høyere kostnadseffektivitet.

Utvalget vil understreke at det benyttes ulike metoder for valg og beregning av kriterier for fordeling av behovsbaserte tilskudd. Utgangspunktet er at det som helseforetakene får utbetalt per innbygger skal dekke utgiftene knyttet til innbyggernes behov. Kjennetegn ved innbyggerne må derfor tas hensyn til når behovet beregnes. I prinsippet bør behovskriteriene, alt annet likt, representere forhold som reelt påvirker tilbøyeligheten til å ta i bruk helsetjenester.

Når det gjelder somatiske helsetjenester, viser analyser en klar og systematisk sammenheng mellom alder og forbruket av somatiske sykehustjenester. Utvalget mener derfor at dagens praksis der utgiftsbehovet for somatiske sykehustjenester i hovedsak ivaretas gjennom et sett av alderskriterier, videreføres. I tillegg til alder, er det dokumentert at reisetider påvirker utgiftsnivået noe. Det foreslås derfor at reisetider tas inn som kriterium.

For psykiatrien har utvalget valgt å benytte en modell basert på alder og sosiale kriterier. I tillegg er det dokumentert at et kriterium som beskriver flytting på en god måte fanger opp ressursbehov. Dette kriteriet benyttes for å korrigere fordelingsgrunnlaget for psykiatrien.

På bakgrunn av tidligere analyser som dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser, vil utvalget tilrå at kostnadsnøkkelen for psykiatri også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen.

Ved en eventuell overføring av utgiftene til transport av pasienter til regionale helseforetak, bør det på lang sikt etableres kriterier i inntektssystemet for regionale helseforetak som tar hensyn til variasjoner i transportbehovet mellom ulike landsdeler. På kort sikt bør eventuell fordeling av ressursene til regionale helseforetak skje på basis av historiske kostnader. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mellom stat og foretak, mener utvalget at det bør gis en særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette.

Utvalgets forslag til nye kostnadsvekter vil innebære endringer i fordelingen mellom regionene. Resultatene viser at forventet utgiftsbehov i Helse Øst RHF er noe lavere enn dagens utgifter skulle tilsi når det gjelder somatikk, og betydelig lavere når det gjelder psykiatri. For Helse Nord RHF viser de nye kostnadsnøklene noe lavere utgiftsbehov enn dagens nivå når det gjelder somatikk og noe høyere når det gjelder psykiatri. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til denne type analyser. Utvalget anbefaler derfor at departementet arbeider videre med kostnadsnøklene i 2003 med sikte på innføring av nye kostnadsnøkler fra 2004. I denne sammenheng anbefaler utvalget bl.a. at utgiftsvariasjoner innen psykiatrien analyseres med utgangspunkt i variasjoner i reisetider. Også variabler som beskriver etnisitet bør underlegges en nærmere analyse.

Uavhengig av resultatene av nye analyser, må det etableres overgangsordninger som sikrer helseregionene mot raske endringer i inntektsnivået.

Utvalgsmedlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk finner ikke grunnlag for å hevde at dagens ressursfordeling mellom regioner har gitt ulik tilgjengelighet til helsetjenester. Fordelingen av ressurser til regionene skal ivareta mange hensyn som ikke lar seg objektivisere i fordelingsnøkler. «Fordelingsnøklene» som utvalget har fått beregnet, tyder imidlertid på at det er relativt stor forskjell mellom faktisk ressursfordeling og den fordeling som fordelingsnøklene ville gitt. Denne informasjonen bør også brukes som en del av beslutningsgrunnlaget ved framtidige ressurstildelinger.

Del II
Utfordringer og kriterier for vurdering av finansieringssystem

Kapittel 3
Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten

3.1 Innledning

Helse er et høyt prioritert velferdsgode, og befolkningen stiller store forventninger til helsesektoren. Som en bakgrunn for utvalgets arbeid gis det i dette kapitlet en beskrivelse av trekk ved den medisinsk-faglige utvikling, endring i etterspørselen etter helsetjenester og endring i kostnader og ressursbruk. Data er i hovedsak hentet fra Norge.

3.2 Endringer i det medisinsk-faglige tilbudet

Ny viten og ny medisinsk-faglig teknologi skaper nye behandlingsmuligheter, f.eks:
- Pasienter med nyresvikt som tidligere døde, får i dag jevnlig dialysebehandling og lever lenger.
- Pasienter med grå stær som tidligere måtte velge mellom å bli dårligere eller foreta en risikabel operasjon, opereres i dag dagkirurgisk med teknologi og betydelig redusert risiko.
- Pasienter med diabetes lever i dag bedre enn før, med bedre utstyr, mer egenkontroll av egen lidelse og sjeldnere behov for å konsultere helsetjenesten.
- Behandling for hjertelidelser gir i dag en helt annen og bedre prognose, slik at også pasienter med høy alder tas inn til behandling.

Stadig nye prosedyrer og virkemidler utvikles, som dagkirurgi, kikkhullskirurgi, digitalisert røntgenteknologi, elektronisk journal, telemedisin og internettkommunikasjon. Telemedisin muliggjør dialog mellom pasient og lege, spesialistkonsultasjon og pasientovervåkning på tross av geografiske avstander. Dette gjelder i hele behandlingskjeden, både innen ambulansetransport, i samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjeneste, internt på sykehuset og mellom sykehus. Genteknologi gir mulighet til å kartlegge arvelige sykdommer og til å produsere nye legemidler.

Det skjer store framskritt i behandling av psykiske lidelser, for eksempel med nye legemidler. Også nye behandlingsformer utvikles, som tidlig intervensjon ved psykose, som i en norsk studie er vist å redusere varigheten av lidelsen dramatisk.

Utviklingen av nye helsetilbud gir nye muligheter for behandling, men er også kostnadskrevende. Studier indikerer at den medisinsk-teknologiske utviklingen er hovedforklaringen på utgiftsveksten i det amerikanske helsevesenet og en lagt sterkere determinant enn for eksempel endringer i demografi og folks inntekter (Newhouse 1992, Cutler and McClellan 2001).

Transport og mulighet for rask og kvalifisert behandling ved akutt sykdom er radikalt forbedret de siste tiårene (NOU 1998: 8 og 9). Det har vært en utvikling og utbygging av:
- medisinsk nødmeldetjeneste (akuttmeldesentraler og legevaktsentraler) som mottar nødmeldinger og som ivaretar kommunikasjon og koordinering av ressursene ved akuttmedisinske hendelser
- luft- og båtambulanse, helikoptertjeneste, ambulansefly, bruk av ordinære rutefly.
- kommunikasjonssystemer gjennom helseradionettet, telefoni og mobiltelefoni

Utviklingen av akuttmedisinen og endringer i kommunikasjoner gir betydelige muligheter for endringer i funksjonsfordeling og spesialisering i helsetjenesten. Det er siste ti årene gjort betydelige endringer i arbeidsdelingen mellom sykehusene.

Legemangelen i Norge har vært framtredende de siste 20 år, og i sterkere grad enn i de øvrige landene i Norden. Mens konjunkturnedgangen på slutten av 1980-tallet skapte legeoverskudd og arbeidsledighet i Finland og Sverige, var personellsituasjonen fortsatt vanskelig i Norge ved inngangen til 1990-tallet. Det er vanskelig å finne noen annen forklaring på dette enn den sterke norske økonomien (Taraldset og Skoglund 2000). Dette er nå endret, og Norge har den høyeste legedekningen i Norden, og blant de høyeste i Europa. Legedekningen tilsvarer nå én lege per 270 innbyggere. Det har vært en særlig sterk vekst i antall leger på 1990-tallet, med en økning på 42 prosent de siste ti år. Likevel var det fram til 1998 et økende antall ubesatte legestillinger, fordi stillingsveksten var meget sterk i det offentlige helsevesenet på 1990-

tallet, spesielt i sykehusene. Framskrivninger tyder på at Norge vil få en langt bedre legedekning enn de øvrige nordiske landene. Norge har fra rundt 1990 hatt en sterk økning i antall medisinstudenter både innenlands og utenlands.

Helsevesenet blir stadig mer spesialisert. Graden av spesialisering er imidlertid ulik i forskjellige land, og i Norge er man ikke gått så langt som mange andre land i å etablere et stort antall spesialiteter og spesialavdelinger. Den tidligere legemangelen og mangel på spesialsykepleiere, har hindret en vidtgående spesialisering. I legeyrket er det i dag 43 spesialiteter, det samme antall som ti år tilbake, og kun åtte flere enn i 1970. I Danmark har antall spesialiteter vært høyere, og der ble det foretatt en reduksjon i antallet spesialiteter i sykehus på 1980-tallet.[1] I samme tidsrom ble antall spesialavdelinger redusert i danske sykehus, og man anså ikke lenger antall spesialiteter og spesialavdelinger ble ikke lenger bestemt av den medisinske utvikling. I Norge er første rekke oppmerksomheten rettet mot at spesialiseringen medfører økt behov for arbeidskraft. Der det før var én indremedisiner på vakt, er det i dag behov for minst to, og der det før var en kirurg på et sykehus, er det i dag ansatt flere som hver representerer sitt spesialfelt. Med reservepersonale i bakvakt øker personalbehovet etter hvert som spesialiseringen tiltar. Det samme skjer innenfor sykepleien. Med økende kunnskaper og krav fra pasientene, er det imidlertid et press i retning av mer spesialisert kunnskap blant helsepersonellet. Pasientens behov for stabil kontakt med et fåtall leger og sykepleiere i løpet av et sykehusopphold er dessuten et viktig hensyn, som har ført til at mange sykehus innfører pasientansvarlig lege. Økende krav til tjenestekvalitet fra velinformerte pasienter vil presse fram økt spesialisering.

Sammen med spesialiseringen er det skjedd andre endringer i pasientbehandlingen:

- Liggetiden er gått ned.
- Færre pasienter legges inn på sengeavdelinger, og behandles i stedet som dagpasienter. Spesielt innenfor kirurgi er det skjedd en stor overgang til dagbehandling.
- Nye behandlingsmetoder som tidligere var konsentrert til ett eller få sykehus, spres til flere sykehus, for eksempel innen kreftbehandling.
- Dyrt utstyr som tidligere kun få sykehus eide, kjøpes inn av flere sykehus, slik at diagnostisering og prøvetaking kan skje lokalt, for eksempel innen røntgen- og billeddiagnostikk.

1. Sykehusvæsenet mod år 2000. Nordisk Helsepolitisk Forum 1995.

Det foregår en sentralisering og en desentralisering på samme tid. På den ene siden tar spesialisthelsetjenesten hånd om mer og mer som tidligere foregikk hjemme eller i primærhelsetjenesten. Fødsler og død skjer oftere i sykehus nå enn før, og lindrende behandling i livets sluttfase er i utvikling som eget fagområde på sykehus. På den annen side er det en tendens til at behandling flyttes ut av sykehus, gjennom økt egenkontroll hjemme med tilsyn gjennom primærhelsetjenesten. Diabetesbehandling er et eksempel. Også andre oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene overføres til primærhelsetjenesten, som for eksempel dialyse og respiratorbehandling.

Innledningsvis i kapitlet ble det presentert eksempler på medisinsk- teknologiske endringer. Et spørsmål som i denne sammenheng kan stilles, er om implementering av ny medisinsk teknologi skjer på samme tid i Norge som i andre vestlige land. Bakgrunnen for spørsmålet er at Norge, sammen med andre nordiske land og England med sine skattebaserte og integrerte modeller, har et planleggings- og finansieringssystem som legger sterkere vekt på medisinsk metodevurdering og hierarkisk styring av investeringer i ny teknologi enn land med forsikringsbaserte finansieringsordninger med sterke innslag av refusjonsordninger i f t helseprodusentene som for eksempel USA, Tyskland, BeNeLux-landene og Sveits (for en nærmere beskrivelse av alternative styringsmodeller, se kapittel 8 og 19).

En nylig avsluttet OECD-studie gir muligheter for et indikativt svar på spørsmålet (Jacobzone 2002). Studien studerer spredning av medisinsk teknologi og prosedyrer i tilknytning til tre diagnoser – hjerteinfarkt, brystkreft og slag – og er basert på data fra 12–15 land i perioden 1990–1998. Den generelle konklusjonen er at finansieringssystemene påvirker spredning og bruk av medisinsk teknologi på en slik måte at land med forsikringsbaserte systemer har et høyere innslag av høyteknologisk medisin enn landene med integrerte modeller. Det er imidlertid betydelige variasjoner etter hvilken diagnoser som ble studert:

- Sammenhengen er klarest når det gjelder behandlingsprosedyrer for *hjerteinfarkt* der bruken av bypassoperasjoner og PTCA i gjennomsnitt brukes ved en høyere andel av behandlingene i de forsikringsbaserte landene enn i landene med integrerte modeller. Norge representerer imidlertid enn unntak siden bruken av spesielt PTCA ligger høyt og langt over gjennomsnittet for landene i studien.
- Når det gjelder behandling av *brystkreft* studeres bl a bruken av screening og brystbevarende

kirurgi. Den generelle sammenhengen mellom finansieringssystemer og teknologibruk er langt svakere enn for behandling av hjerteinfarkt. For eksempel avviker de nordiske landene, og særlig Sverige, fra den generelle trenden ved å ha et relativt godt utbygget screeningprogram. Innslaget av brystbevarende kirurgi i Norge var i analyseperioden betydelig lavere enn i andre land.

– *Slagbehandlingen* viste enda svakere sammenhenger mellom finansieringssystem og medisinsk-teknologisk tilbud, og de nordiske landene skiller seg ut ved bred utbygging av slagenheter ved sykehusene.

3.3 Endringer i befolkningens etterspørsel etter helsetjenester

Med økende velstand er såvel offentlige som private helsetjenester blant de tjenester vi velger å bruke mer penger på. Inntektselastisiteten på dette området er av OECD anslått til 1,1–1,3 – det vil si at når BNP øker med 1 prosent, øker forbruket av helsetjenester med 1,1–1,3 prosent i gjennomsnitt. Også i Norge er en stadig større del av den samlede verdiskapningen brukt til helsetjenester. I 1960 gikk 2,9 prosent av den totale verdiskapningen (bruttonasjonalproduktet) i Norge til helsetjenester. I 1980 var andelen doblet til 7,0 prosent, og i 1998 ytterligere økt til 8,6 prosent. Veksten i helsesektorens andel av BNP har vært sterk sammenliknet med andre land. I 2000 ser det imidlertid ut til at denne veksten er stoppet opp, og andelen er sunket til 7,5 prosent, under nivået i 1990. Nedgangen skyldes ikke lavere helseutgifter, men en økning i BNP, sannsynligvis på grunn av høye priser på olje og gass, særlig i 2000.

Dersom vi regner helseutgiftene som andel av BNP begrenset til fastlands-Norge, det vil si eksklusive olje- og gassvirksomheten og utenriks sjøfart, framgår det at helseutgiftsandelen økte jevnt fra 1997 til 2001. Foreløpige beregninger fra Statistisk sentralbyrå tyder på en ny oppgang til 8 prosent helseutgiftsandel av BNP i 2001. Andel av BNP i ulike land illustreres i tabell 3.1.

Et annet mål som ofte benyttes i sammenlikninger mellom land, er helseutgifter per innbygger, der alle utgifter til helse er inkludert, uavhengig av om de er finansiert med offentlige eller private midler. Omregnet til en felles valutaenhet, viser oversikter over utgifter per innbygger at norske helseutgifter per innbygger ligger på nivå med for eksempel Danmark, Nederland og Canada. Av sammenliknbare land i OECD-området ligger for eksempel Finland og Storbritannia på et lavere utgiftsnivå per innbygger enn Norge, mens USA skiller seg ut med høyeste utgifter per innbygger til helseformål.

Etterspørselen etter helsetjenester kan synes ubegrenset, noe som henger sammen med at brukere av helsetjenester i mange tilfeller ikke stilles overfor den faktiske prisen på helsetjenesten, og at den enkelte pasient i liten grad dekker de reelle kostnadene direkte. Helsetjenester følger dermed ikke de etterspørselsmekanismer som gjelder for de fleste andre varer og tjenester. For helsetjenester der det er ingen eller liten offentlig finansiering, trer vanlige markedsmekanismer i kraft, og etterspørselen begrenses i langt større grad av folks betalingsvilje for tjenesten som tilbys. Dette gjelder bruk av tannleger, psykologer og fysioterapeuter uten driftsavtale, avtaleløse spesialister, kiro-

Tabell 3.1 Totale utgifter til helseformål[1)] (prosent av BNP)

	1960	1970	1980	1990	1998	2000
USA	5,1	6,9	8,7	11,9	12,9	13,0
Tyskland	4,8	6,3	8,8	8,7	10,6	10,6
Frankrike	4,1	5,7	7,4	8,6	9,3	9,5
Danmark	..	..	9,1	8,5	8,4	8,3
Norge	2,9	4,4	7,0	7,8	8,6	7,5
Sverige	4,5	6,9	9,1	8,5	7,9	
Storbritannia	3,9	4,5	5,6	6,0	6,8	7,3
Finland	3,9	5,6	6,4	7,9	6,9	6,6
Snitt i OECD-landene				7,4	8,0	8,0

1) Totale utgifter inkluderer både offentlige og private utgifter til helseområdet.
Kilde: OECD Health Data 2002.

praktorer og alternativ medisin. Tilsvarende gjelder for legemidler som faller utenfor blåreseptordningen, der pasientene fullt ut dekker de reelle kostnadene. For tjenester som er utenfor offentlig finansiering, vokser ikke etterspørselen i samme grad.

I tillegg til at den samlede etterspørselen etter helsetjenester øker med vekst i BNP, vil etterspørselen etter helsetjenester variere med demografiske forhold, både det totale folketallet og befolkningssammensetning, og endringer i befolkningens sykelighet. Fra 1988 til 2002 økte innbyggertallet i Norge med syv prosent, fra 4,2 til 4,5 millioner. I 2025 forventes folketallet å ligge mellom 4,6 og 5,4 millioner, i følge Statistisk Sentralbyrås siste befolkningsframskrivning fra 1999. Viktigere enn selve befolkningsøkningen, er imidlertid den generelle økningen i levealderen. De neste 10–15 årene vil antall eldre i befolkningen være stabilt eller svakt fallende. Deretter vil tallet på eldre vokse betydelig. Etter 2030 vil veksten i antall eldre bli svært sterk, på grunn av høy levealder i de store kullene som ble født de første tiårene etter 2. verdenskrig.

Forventet levealder har steget de siste tiårene, noe som hovedsakelig skyldes reduksjon i spedbarnsdødelighet, hjerte- og karsykdommer og ulykker. På den annen side lever vi i dag med flere sykdommer enn tidligere, og vi er i større grad oppmerksomme på dem. I Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995 svarte 60 prosent at de hadde én eller flere sykdommer eller lidelser av mer varig natur. Endringer i livsstil medvirker dessuten til en negativ utvikling. Når det gjelder tobakksbruk, fysisk aktivitet, overvekt og bruk av forebyggende helsetjenester, er utviklingen langsommere i Norge enn i land det er naturlig å sammenlikne seg med (Redegjørelse om folkehelsen. Sosial- og helsedepartementet 1999). I forhold til andre land har Norge for øvrig sakket akterut med hensyn til utviklingen i levealder: I OECD-landene lå norske kvinner helt i tet i 1970, i 1999 er norske kvinner på en ellevte plass, ifølge OECD Health Data 2002.

Sykeligheten i befolkningen har gjennomgått betydelig endringer de siste tiår både når det gjelder sykdomsbilde og aldersfordeling. Mens det har vært en klar nedgang i hjerte- og karsykdommer, har det samtidig vært en økning i muskel- og skjelettlidelser, diabetes/overvekt, astma og allergi, samt aldersrelaterte sykdommer. De siste dreier seg først og fremst om kreft, slag, infeksjoner, demens, depresjoner og multiorgansvikt. Ettersom andelen av de eldste eldre vil øke i årene som kommer, må man vente en enda sterkere økning i disse gruppene. Endringene i sykelighet påvirker etterspørselen etter helsetjenester og kostnader knyttet til diagnose og behandling.

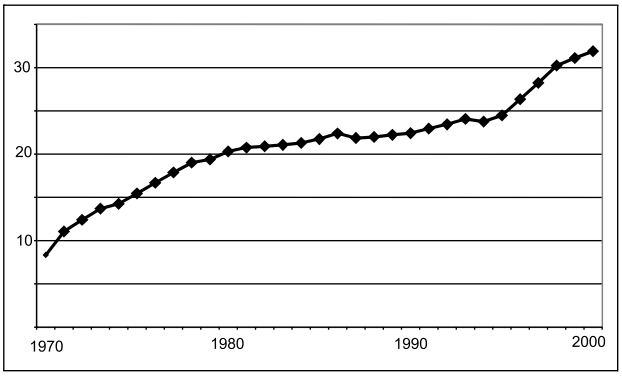
Helseundersøkelsen fra 1995 gir på den annen side et positivt totalbilde av folks oppfatning om egen helse. Til tross for den store andelen som hadde sykdommer eller lidelser av varig natur, vurderte 86 prosent av den mannlige og 82 prosent av den kvinnelige befolkningen sin egen helse som god eller meget god. Også ifølge Folkehelseredegjørelsen fra 1999 er helsetilstanden i landet vårt gjennomgående god og viser en positiv utvikling.

Helsegodene er imidlertid ulikt fordelt i befolkningen. Helseundersøkelsen i Oslo dokumenterer og St.meld. nr. 50 (1998–1999) (utjamningsmeldinga) omtaler at barn av foreldre med lav utdanning oftere enn andre rammes av luftveissykdommer, og barn av sosialhjelpsmottakere oftere blir innlagt i sykehus enn andre. Generelt lever personer fra høyinntektsgrupper lenger og er mindre rammet av sykdom enn de fra lavinntektsgrupper. Høy utdanning, god inntekt og gode levekår ser ut til å bety mer for den enkeltes livsstil og helsetilstand enn tilgangen på helsetjenester. Dette forhindrer likevel ikke at forventningene til helsesektoren er store i alle samfunnslag.

Både nasjonalt og internasjonalt konkluderes det med at det viktigste for folkehelsen er folks levekår. Helsevesenets bidrag til helsetilstanden er anslått til om lag 10 prosent. Endring i levekår har atskillig større betydning for helsetilstanden i befolkningen enn endringer i helsevesenet. Fordi helsevesenet kan behandle flere lidelser enn før, er det flere mennesker som i dag lever lenge med kroniske sykdommer. Sykeligheten i befolkningen øker når levealderen går opp. Dette omtales ofte som helseparadokset – helsevesenets innsats forsterkes, mens befolkningen som helhet blir sykere. Paradokset slår også ut i de siste års vekst i antall leger – helsegevinsten står ikke i forhold til den økte ressursinnsatsen.

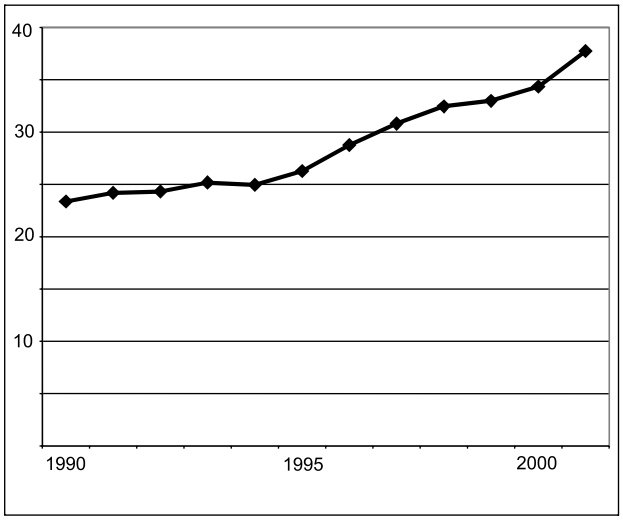
3.4 Helsesektoren er i sterk vekst

Endringer i det medisinske tilbudet og i etterspørselen etter helsetjenester er, sammen med politiske og institusjonelle forhold, de viktigste forklaringene på kostnads- og aktivitetsveksten i helsetjenesten de siste årene. Det har vært sterk vekst i innsatsfaktorer, målt i antall årsverk, og også sterk aktivitetsvekst. Med bakgrunn i data fra Statistisk Sentralbyrå og Sintef Unimed gis her en nærmere beskrivelse av denne veksten innenfor somatikk og psykisk helsevern.



Figur 3.1 Realvekst i utgifter til somatiske sykehus, brutto driftsutgifter i 1999-priser (mrd. kroner)

Kilde: Sintef Unimed 2002.



Figur 3.2 Brutto driftsutgifter i spesialisthelsetjenesten – somatiske institusjoner 1990–2001. Realprisutvikling i 2001-priser (mrd. kroner)

Kilde: Sintef Unimed 2002.

3.4.1 Utviklingen i somatisk sektor

Figur 3.1 viser utviklingen i brutto driftsutgifter til somatiske sykehus i perioden 1970–2000. Kostnadstallene er omregnet til 1999-kroner ved bruk av prisindeksen for kommunalt konsum.

Figur 3.1 viser en svært sterk vekst i utgiftene på 1970-tallet. Fra 1970 til 1980 økte brutto driftsutgifter reelt med over 140 prosent. Fra 1980 til 1990 var den samlede veksten 10 prosent. Endringen fra 1970-årene til 1980-årene henger blant annet sammen med endring i finansieringssystemet med overgang fra kurdøgnpriser (oppgjør per oppholdsdøgn) til rammefinansiering. På 1990-tallet var det igjen en sterk vekst i utgiftsnivået; fra 1990 til 2000 økte driftsutgiftene reelt sett med vel 42 prosent. Utviklingen fra 1990 til 2001 er gjengitt mer i detalj i Figur 3.2.

Som figur 3.2 illustrerer, fant hoveddelen av veksten i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten sted etter 1994. I figuren er alle somatiske institusjoner inkludert, slik at eventuell skyving av pasienter fra sykehus til andre institusjoner innen spesialisthelsetjenesten fanges opp.

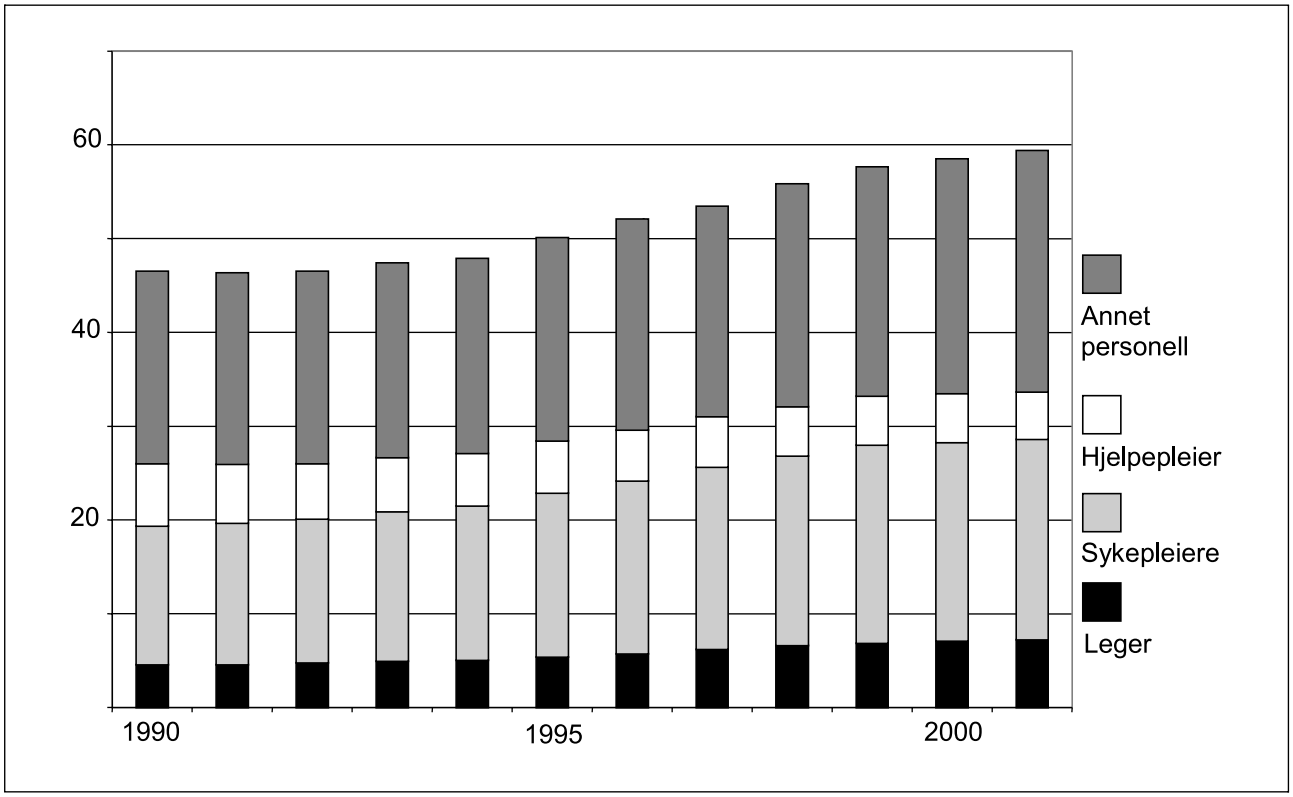
Allerede fra 1991 var det en vekst, om enn beskjeden, i fylkeskommunenes utgifter til spesialisthelsetjeneste. Som nærmere omtalt i kapittel 4 og kapittel 9 var det i perioden 1991–94 statlig stykkprisfinansiering i to fylker, og i 1993–94 etablerte staten en aktivitetsavhengig toppfinansiering som ga en økning i bevilgningene til fylkeskommunene. Det framgår imidlertid klart av figur 3.2 at veksttakten etter 1995 er betydelig høyere enn i perioden 1990–1995.

Data over utgiftsutviklingen i somatiske sykehus midt på 1990-tallet er omtalt i de årlige Samdata-rapportene og mer utførlig beskrevet i Magnussen og Kalseth (1997). Mens realveksten fra 1990 til 1995 varierte mellom 0,7 og 3,3 prosent fra 1990 til 1995, økte realveksten fra 1995 til 1997 kraftig, og lå årlig på over 7 prosent i 1995–97, korrigert for prisstigning. Den kraftige veksten i disse to årene er særlig knyttet til lønnsveksten og må delvis sees i sammenheng med virkningene av lønnsoppgjørene. Den reflekterer imidlertid også en betydelig reell vekst i ressursinnsatsen, noe som også framgår av figur 3.3 over personellutviklingen i sykehusene.

Hoveddelen av kostnadene i sykehussektoren er lønnskostnader. Om lag 59 400 årsverk var knyttet til somatiske sykehus ved utgangen av 2001. Dette er en økning på 1,5 prosent fra året før, eller nesten 900 flere årsverk. I somatiske sykehus var det en moderat vekst på om lag 5000 årsverk fra 1980 til 1990. Det ble en kraftig vekst fra 1990 til 2000 på om lag 12 000 årsverk. Utviklingen på fra 1990 til 2001 er illustrert i figur 3.3.

Figur 3.3 illustrerer at det i tillegg til en generell vekst i antall årsverk, har vært en spesielt sterk vekst i antall leger og sykepleiere. Når veksten i årsverk har vært sterkest i grupper med relativt høy lønn, kan dette være en forklaring på at driftsutgiftene har økt klart sterkere enn samlet antall årsverk.

Antall sykehusopphold har økt til dels sterkt. Fra 1980 til 2001 økte antall heldøgnsopphold i somatiske sykehus fra 580 000 til 720 000, en vekst på om lag 24 prosent. I 2000 så man derimot for første gang en nedgang i antall heldøgnsopphold innen somatiske sykehus. I perioden 1980–2001 økte antall polikliniske konsultasjoner fra om lag



Figur 3.3 Utvikling i antall årsverk i somatiske sykehus 1990–2001 (tusen årsverk)

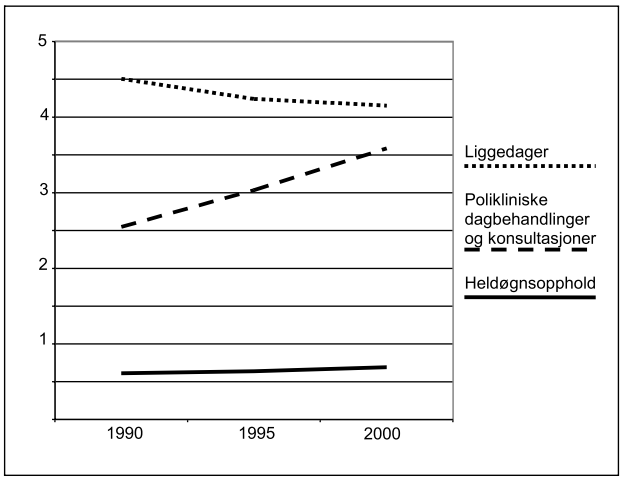
Kilde: Statistisk Sentralbyrå 2002.

en million til om lag 3,0 millioner konsultasjoner per år, mens antall dagbehandlinger også har økt betydelig, til om lag 320 000 i 2001.

Fordi hver pasient i gjennomsnitt tilbringer langt kortere tid på sykehus i dag enn tidligere, er antall liggedager i somatiske sykehus betydelig redusert – fra 4,5 mill. liggedager i 1990 i til 4,2 mill. liggedager i 2001.

Figur 3.4 viser utviklingen i heldøgnsopphold, antall liggedager og polikliniske konsultasjoner på 1990-tallet. Dagbehandling er inkludert i tidsserien for polikliniske konsultasjoner fordi dagbehandling for en stor del ble finansiert med trygderefusjoner fram til 1999.

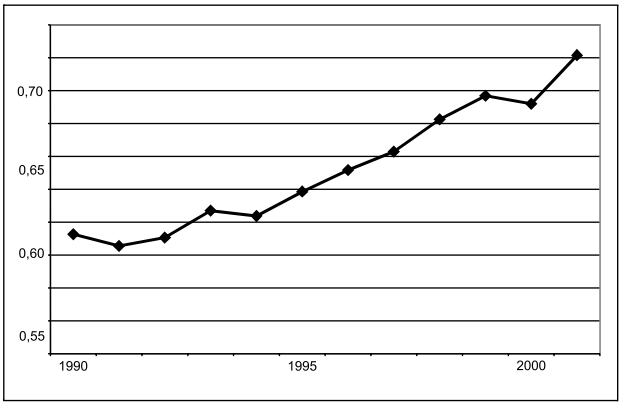
Fordi heldøgnsoppholdene er de mest ressurskrevende, er utviklingen i antall utskrivninger tett knyttet til kostnadsutviklingen. I figur 3.5 illustreres nærmere utviklingen i antall heldøgnsopphold ved somatiske sykehus i perioden 1990–2001. Figuren viser en svak økning på i gjennomsnitt 0,8 prosent årlig i perioden 1990–1995, og deretter en høyere vekst på gjennomsnittlig 2,8 prosent per år i perioden 1995–2001. Alle heldøgnsopphold er her inkludert, også fødende og dialyseopphold mm. Derimot er dagopphold der pasienten ikke overnatter, ikke inkludert i figur 3.5.



Figur 3.4 Utvikling i heldøgnsopphold, antall liggedager og polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i somatiske sykehus 1990–2001 (millioner)

Kilde: Sintef Unimed/Statistisk Sentralbyrå.

I likhet med dagbehandling, har poliklinisk behandling også økt kraftig i perioden. Tabell 3.2 illustrerer vekst i polikliniske refusjoner fra 1992. I



Figur 3.5 Utviklingen i antall heldøgnsopphold ved somatiske sykehus 1990–2001 (millioner heldøgnsopphold)

Kilde: Statistisk Sentralbyrå 2002.

1999 ble finansieringen av en del dagbehandlinger endret slik at det ble gitt ISF-refusjon istedenfor poliklinisk refusjon. (Forklaring av ISF-ordningen, se kapittel 4 og 9.) For å få mest mulig sammenliknbare data, har Sintef Unimed beregnet hvor mye disse ISF-finansierte dagbehandlingene ville gitt i polikliniske refusjoner. Utviklingen viser en vekst i de polikliniske refusjonene på 58 prosent i perioden fra 1992 til 2000. Samlet viser utviklingen derfor en klar tendens i retning av flere, men kortere sykehusopphold, både ved at liggetidene er redusert og ved en sterk økning i poliklinisk behandling.

Ressursveksten i spesialisthelsetjenesten har gått parallelt med en endring i arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. En studie av sentrale utviklingstrekk ble i 2001 foretatt av Sintef Unimed, og er omtalt i rapporten Sykehusstruktur i endring. (Samdata Sykehus 3/01). Studien viser at:

- De store sykehusene er blitt større, og disponerer en større del av de totale ressursene i den somatiske sykehussektoren. Spesielt har regionsykehusene tatt over en større andel av elektive (planlagte) heldøgnsopphold og opphold med kirurgisk behandling. Regionsykehusene har dessuten markert økt sin andel helsepersonell. Økning i medisinsk spesialisering og differensiering kan ha bidratt til det.
- Økt spesialisering gir sterkere skiller mellom ulike medisinske fagfelt og gir en mer findelt intern organisering ved de større sykehusene. Den medisinske spisskompetansen er i særlig grad er knyttet til de største sykehusene, og regionsykehusene spesielt. En kan derfor forvente at den økte spesialiseringen har påvirket organiseringen her mest.
- I tillegg har det vært fusjoner og samorganisering av sykehus. Det gjelder i særlig grad lokalsykehus som er blitt innlemmet i sentralsykehus. Antallet enheter med full medisinsk akuttfunksjon er blitt redusert. Korrigert for dette, viser studien at mens sentralsykehusene har økt sin andel av heldøgnsoppholdene, har lokalsykehusene redusert sin andel. I forhold til utgifter og personell har disse sykehustypene enten stabile eller reduserte andeler i forhold til samlede utgifter og samlet personell, men variasjonene er store mellom enkeltsykehus. De største av lokalsykehusene med sentralsykehusfunksjoner, som Aker sykehus i Oslo, har økt sin relative andel av netto driftsutgifter i sykehus i perioden fra 1992 til 2000.

3.4.2 Utviklingen innenfor psykiatri

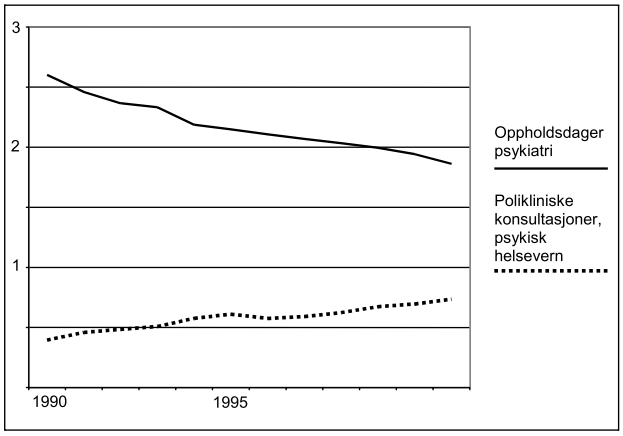
Stortinget har vedtatt Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Planen innebærer at det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og at driftsutgiftene gradvis skal økes til et nivå som ligger 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Investeringene omfatter både investeringer i omsorgsboliger og investeringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

Også på 1990-tallet har det vært en betydelig utgiftsvekst innenfor psykiatrien, først og fremst fra 1996. Utgiftsveksten skyldes både at flere arbeider i sektoren, og at kompetansen er økt. Den relativt største utgiftsveksten har vært innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Ellers har det vært en klar strukturendring i behandlingstilbudet, gjennom en vridning fra lengre institusjonsbehandling til kortere behandlingsopphold ved institusjon eller poli-

Tabell 3.2 Polikliniske refusjoner 1992–2000 (1999-kroner). Beløp i 1000 kr.

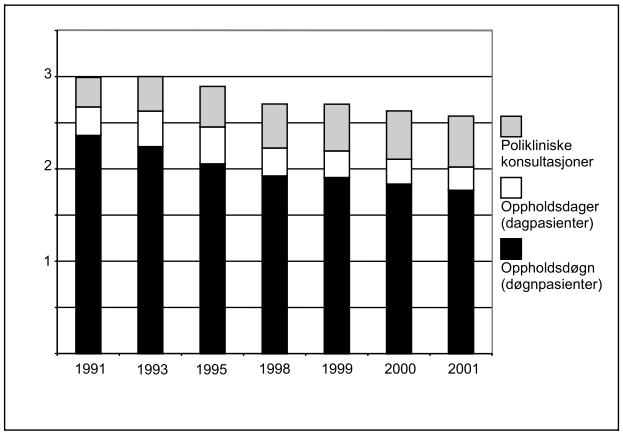
År	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	1 678	1 745	1 800	1 868	1 980	2 372	2 477	2 575	2 656

Kilde: Sintef Unimed.



Figur 3.6 Utviklingen i oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern 1990–2001 (millioner)

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.



Figur 3.7 Aktivitetsutvikling i tilbudet til voksne i psykisk helsevern 1991–2001 (tusen)

Kilde: Sintef Unimed.

klinisk behandling. Utviklingstrekkene gjennomgås nedenfor.

Utviklingen på 1990-tallet kjennetegnes i første rekke av nedbyggingen av heldøgnsplasser i institusjoner for voksne, noe som gjenspeiles i en nedgang i antall oppholdsdøgn, som illustrert i figur 3.6. Samtidig er det skjedd en betydelig heving av den polikliniske aktiviteten.

Sammensetningen av tilbudet om psykisk helsevern til voksne har tilsvarende endring, med en oppbygging av tilbudet til dagpasienter og polikliniske pasienter, jf. figur 3.7.

Utviklingstrekk når det gjelder aktivitet og ressursutnyttelse i tilbudet til voksne er gjengitt i tabell 3.3.

Tabell 3.3 viser at det i tidsrommet 1991–2001 skrives ut stadig flere innenfor tilbudet til voksne, mens oppholdstiden per utskrivning er omtrent halvert, og samlede oppholdsdøgn og oppholdsdager er i sterk tilbakegang. Polikliniske konsultasjoner er på sin side i sterk vekst, med en økning på 73 prosent fra 1991 til 2001. Antall konsultasjoner per årsverk ligger noenlunde stabilt.

Innenfor tilbudet til barn og unge er det en tilsvarende nedgang i oppholdsdøgn ved institusjonene, samtidig som personellinnsatsen ved døgnavdelingene viser en sterk økning og var på 30 prosent i perioden 1994–2000. Dekningsgraden har vist en positiv utvikling, og antall behandlede pasienter som andel av barn og unge i alderen 0–17 år økte fra 1,8 i 1996 til 2,7 i 2001. Dette resultatet er imidlertid noe usikkert på grunn av endret registreringspraksis. I perioden 1998–2001 har det dessuten vært en markant økning i aktiviteten ved poliklinikkene. Dette gjenspeiler dels økt personellinnsats, og dels økt produktivitet målt ved antall tiltak per årsverk.

Samdata Psykisk helsevern Rapport 7/01 viser en reell vekst i brutto driftsutgifter på 1,5 mrd. kroner fra 1991 til 2000, tilsvarende 22 prosent. Av den samlede veksten har staten bidratt med om lag 1 mrd. kroner gjennom øremerkede bevilgninger, mens fylkeskommunene har bidratt med 0,5 mrd.

Tabell 3.3 Aktivitet og ressursutnytting i tilbudet til voksne, absolutte tall og endringstall 1991–2001

	1991	1993	1995	1998	1999	2000	2001
Utskrivninger	20 718	22 230	24 000	29 914	30 506	32 919	34 245
Oppholdsdøgn (døgnpasienter)	2 364	2 244	2 057	1 926	1 908	1 838	1 771
Oppholdsdager (dagpasienter)	309	383	399	302	288	269	252
Polikliniske konsultasjoner	318	373	437	476	505	521	549
Utskrivninger per årsverk	1,8	2,1	2,2	2,6	2,7	2,8	2,9
Oppholdsdøgn per utskrivning	114	101	85	66	63	56	52

Kilde: Sintef Unimed.

Tabell 3.4 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern 1991–2000 (mill. 2000-kroner)[1)]

	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000	endring	endr. %
Barn og unge	704	775	792	952	1 004	1 038	1 073	369	52,4
Voksne	6 148	6 359	6 222	6 672	6 953	7 204	7 285	1 137	18,5
Sum	6 852	7 134	7 014	7 624	7 956	8 240	8 358	1 506	22,0

1) Tallene er justert for prisstigning med utgangspunkt i prisindeks for kommunalt konsum
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Sintef Unimed.

kroner. Utviklingen er gjengitt i tabell 3.4. Etter en økning i brutto driftsutgifter på begynnelsen av 1990-tallet, er driftsutgiftene gått noe ned fra 1993 til 1995. Etter dette har det vært jevn vekst. Tabell 3.4 viser at veksten har vært klart sterkere innenfor barne- og ungdomspsykiatri (52,4 prosent) enn for voksenpsykiatri (18,5 prosent). Når brutto driftsutgifter regnes i forhold til innbyggertallet, reduseres den samlede veksten fra 22 prosent til om lag 16 prosent.

Ved utgangen av 2001 var det tilsatt personell tilsvarende 17 200 årsverk ved psykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker. Om lag 14 600 årsverk var tilknyttet voksenpsykiatrien og om lag 2 600 til barne- og ungdomspsykiatrien. De senere årene har det vært sterk personellvekst i psykiatrien. Fra 1990 til og med 2001 har den samlede veksten i årsverk i psykiatrien vært 19,4 prosent. Veksten for barne- og ungdomspsykiatrien har vært 74,4 prosent, og for voksenpsykiatrien 13,1 prosent. Mens årsverkene i barne- og ungdomspsykiatri utgjorde 10,3 prosent av totalen i 1990, var de økt til 15,2 prosent i 2001.

3.5 Effektivitetsutvikling

Effektivitetsnivået og utviklingen i effektivitet har vært tema for flere analyser de siste årene, sist i Sintef Unimeds Samdata-rapport utgitt høsten 2002. Omtalen i dette avsnittet tar også utgangspunkt i tidligere analyser, blant annet Samdata rapport 3/01 og Hero rapport 2001: 5 om effektivitetsutvikling i sykehus.

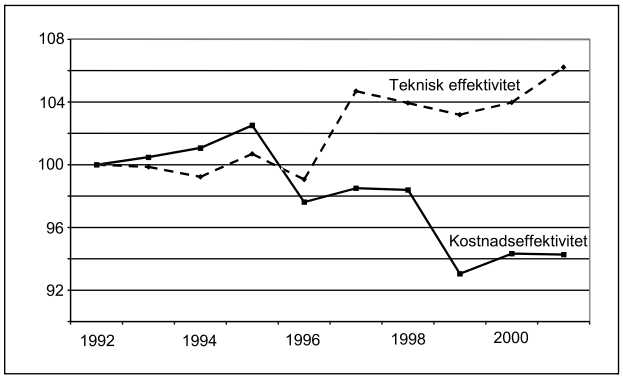
Effektivitet måles som forholdet mellom ressursbruk og aktivitet relativt til de sykehusene som representerer beste praksis. I studiene måles to typer effektivitet:

- *Teknisk effektivitet* uttrykker hva som oppnås ved hjelp av tilgjengelige ressurser. Teknisk effektivitet måles som forholdet mellom bruk av innsatsfaktorer (arbeidskraft, legemidler og medisinske forbruksvarer) og samlet aktivitet. Populært sagt er teknisk effektivitet målet på hvor mye vi får igjen for innsatsen (arbeid, vareforbruk).
- *Kostnadseffektivitet* måles som forholdet mellom samlede kostnader og samlet aktivitet. Når prisene på innsatsfaktorene heves, vil derfor kostnadseffektiviteten reduseres så framt ikke produksjonen økes tilsvarende. Kostnadseffektivitet kan sies å være hvor mye vi får igjen for hver krone. Hvis innsatsen blir kostbar, for eksempel at priser og lønninger øker mer enn den generelle pris- og lønnsveksten, kan kostnadseffektiviteten gå ned, selv om den tekniske effektiviteten øker.

Figur 3.8 viser utviklingen i henholdsvis kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for perioden fra 1992 til 2001. 1992 er her referanseår, og tallene er indeksverdier.

Effektivitetsutviklingen i sykehussektoren kan sammenfattes på følgende måte:

- I forhold til utgangssituasjonen i 1992, får sykehusene større produksjon ut av sine innsatsfaktorer i 2001 enn det de fikk i 1992. Kostnadene ved bruk av de enkelte innsatsfaktorer har imidlertid økt betydelig, slik at man enkelt sagt



Figur 3.8 Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet 1992–2001 (1992 = 100).
Kilde: Sintef Unimed Samdata 3/02.

Boks 3.1 Schizofreni – store kostnader for samfunnet[1]

Schizofreni koster det norske samfunn mer enn all hjertesykdom, all kreftsykdom og alle revmatiske lidelser hver for seg. Dette har sammenheng med at lidelsen debuterer tidlig. Median debutalder er hos menn om lag 22 år og hos kvinner om lag 24 år. I mange tilfeller er lidelsen livslang med behov for støtte til nødvendig livsopphold, bolig og sysselsetting. De fleste pasientene vil ha behov for helsetjenester, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i store perioder av sitt liv. Lengre sykehusopphold er regelen.

10 prosent av landets uføretrygdede har en schizofrenidiagnose. Det antas at om lag 40 000–50 000 av Norges befolkning vil utvikle schizofreni i løpet av livet.

I vestlige land går i gjennomsnitt 1 prosent av brutto nasjonalproduktet med til behandlings-, omsorgs- og støttetiltak til mennesker med en schizofrenidiagnose. I USA er kostnadene i 1996 beregnet til om lag 65 mrd. dollar per år, og om lag 2,5 prosent av utgiftene til helsetjenester ble brukt til denne pasientgruppen. I Norge er de totale og indirekte kostnader knyttet til schizofreni beregnet til om lag 4 mrd. kroner i 1995 (Rund 1995). De reelle kostnadene i 2002 er derfor rimelig å anslå til over 5 mrd. kroner per år. Direkte kostnader er utgifter knyttet til ulike behandlings- og omsorgstiltak; indirekte kostnader er samfunnets tap knyttet til yrkesmessig uførhet og liknende. I rapporten The global burden of disease (Murray 1996) fra Verdens helseorganisasjon anføres unipolar depresjon, alkoholmisbruk, bipolare lidelser, schizofreni og tvangslidelser å være blant de ti viktigste årsaker til uførhet verden sett under ett.

[1] Basert på artikkelen Schizofreni – omfang og betydning av J. O. Johannessen i Tidsskriftet for Den norske lægeforening nr 20–2002. (2002; 122. 2011–4)

får mindre igjen for hver helsekrone i norske sykehus i 2001 enn man fikk i 1992.

- Mens perioden fram til midten av 1990-tallet var preget av et relativt stabilt effektivitetsnivå, fikk man en sterk nedgang i kostnadseffektiviteten senere på 1990-tallet i to omganger: først fra 1995 til 1996 og senere fra 1998 til 1999. Mens en del av forklaringen på det førstnevnte fallet var knyttet til lønnsoppgjørene i 1996, har det ikke blitt dokumentert gode forklaringer på fallet fra 1998 til 1999. Men det er indikasjoner på økt bruk av overtid og utvidet arbeidstid eller vikarbruk, som må anses som kostnadsdrivende timeverk og dermed virke negativt på kostnadseffektiviteten.
- Teknisk effektivitet har økt noe i perioden 1992 til 2000. I perioden 1992–96 var det en svak nedgang i effektiviteten, etterfulgt av en sterk økning fra 1996 til 1997. Sistnevnte kan dels forklares med innføringen av ISF (Hagen, Iversen og Magnussen, 2001), og effektivitetsbedringen var særlig sterk ved sentralsykehus og regionsykehus, som i utgangspunktet var mindre effektive enn øvrige sykehus med hensyn til teknisk effektivitet. Samtidig kan det ikke utelukkes at deler av denne effektivitetsforbedringen også skyldes endret kodepraksis. I siste del av perioden var det kun mindre endringer i effektiviteten, men med en svak effektivitetsforbedring fra 1999 til 2000, og en litt sterkere forbedring fra 2000 til 2001.
- Analyser tyder på at ISF har hatt en gunstig virkning på effektivitetsnivået, men uten store endringer ut over initialeffekten fra 1996 til 1997.

Resultatenes robusthet avhenger av at man blant annet har komplette data, og at det ikke er systematiske skjevheter eller målefeil. Følgende faktorer må påpekes:

- Økende antall eldre i sykehusene, kombinert med vridning av aktiviteten mot poliklinikk/dagbehandling kan føre til at gjenværende pasientene blir mer ressurskrevende enn det som fanges opp av DRG-vektene. Hvis dette er tilfelle vil det trekke i retning av at produktivitetsveksten undervurderes.
- Poliklinisk aktivitet måles i analysene som en vektet sum av konsultasjoner og takster. Dersom takstene utvikler seg forskjellig fra den generelle prisstigningen vil dette kunne påvirke resultatene.
- Det mangler data om kapital. Det er grunn til å tro at sykehusene er blitt mere kapitalintensive i den aktuelle perioden. At dette ikke fanges opp i analysene, vil trekke i retning av at den reelle veksten i produktivitet overvurderes.

Forholdet mellom *effektivitet og finansiering* er analysert i Hero-rapport 2002: 8 (Biørn, Hagen, Iversen og Hagen 2002). Resultatene fra denne analy-

sen viser at innføringen av ISF i 1997 ga en umiddelbar bedring i ressursutnyttelsen (teknisk effektivitet), men samtidig en økning i kostnadsnivået. Tolkningen blir dermed at selv om en aktivitetsrettet finansiering ga større vekst i aktivitet enn i ressursinnsats, var denne veksten dyr. Sykehusene hadde også i liten grad kunnskap om egne kostnadsforhold, og koblet mot «myke» budsjettrammer ga dette en sterk og til dels uventet vekst i kostnadsnivået.

3.6 Oppsummering

Som bakgrunn for arbeidet med finansieringssystemer er det i dette kapitlet gitt en kort beskrivelse av endringer i det medisinske-faglige tilbudet, og endringer i etterspørsel og ressursbruk i spesialisthelsetjenestene. Det har de siste årene skjedd en betydelig utbygging av tilbudet, flere har fått behandling, og behandlingsmetoder og bruk av nye legemidler er i utvikling.

Etterspørselen etter helsetjenester er imidlertid også økende. Dette har flere årsaker. Bedre tilbud skaper i seg selv økt etterspørsel, befolkningen eldes. Kravene til helsetjenestene øker som følge av høyere utdanningsnivå og mer velinformerte pasienter.

Utforming av finansieringssystem ser ut til å påvirke de samlede utgifter i helsetjenesten. I rammefinansieringsepoken fra 1980 til 1997 var det en lavere vekst i utgiftene til somatiske sykehus enn i perioden før 1980, der statens kurdøgnfinansiering av spesialisthelsetjenesten dominerte. Fra og med 1995 økte utgiftstakten i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Parallelt ble Stortingets bevilgninger knytte til aktivitet i årene med stykkprisforsøk og toppfinansiering. Veksten ble opprettholdt og forsterket etter 1997 og innføringen av ISF.

På 1990-tallet har det vært en jevn og kraftig vekst i personellinnsatsen i somatiske sykehus. Dette avspeiles blant annet i en tydelig aktivitetsvekst, som særlig tok til omkring 1995 da antall heldøgnsopphold økte markert. Aktivitetsveksten var særlig kraftig innen somatiske helsetjenester som var omfattet av ISF. Samtidig har det skjedd en vekst innen psykiatrien som hovedsaklig skyldes opptrappingsplanen for psykiatri, som ble iverksatt fra 1996.

Effektivitetsutviklingen i norske sykehus har vært emne for flere studier de siste årene, og funn tyder på at man teknisk sett får mer ut av ressursinnsatsen i dag enn for ti år siden. I to omganger på 1990-tallet økte imidlertid kostnadene vesentlig, og da spesielt knyttet til lønnsoppgjøret i 1996. Selv om den tekniske effektiviteten viser en bedre ressursbruk, har kostnadseffektiviteten vært fallende. Senere analyser tyder på signifikante sammenhenger mellom finansieringssystemet og effektivitetsutviklingen, og at innføringen av ISF i 1997 ga en umiddelbar bedring i ressursutnyttelsen, men samtidig en økning i kostnadsnivået. Aktivitetsveksten var større enn veksten i bruk av ressurser, men veksten var kostbar. Sykehusene hadde også i liten grad kunnskap om egne kostnadsforhold, og myke budsjettrammer ga sterk og til dels uventet vekst i kostnadsnivået.

Det er stilt spørsmål ved om norske helsetjenester er på høyde med det vi finner i andre land vi bør sammenlikne oss med. Grunnlaget for slike sammenlikninger er lite og alltid vil være beheftet med metodiske svakheter. De data som finnes gjennom OECD indikerer at tilbud og kvalitet i spesialisthelsetjenestene i Norge er på høyde med eller noe over gjennomsnittet i OECD-området, mens ressursbruken for helsesektoren samlet er klart over OECD-gjennomsnittet. Dette indikerer at det er mulig å skape et fullt ut tilfredsstillende tilbud av spesialisthelsetjenester innenfor en styringsmodell basert på hierarkisk styring med innslag av markedselementer slik den norske modellen nå har utviklet seg.

Kapittel 4
Rammebetingelser i endring

4.1 Innledning

Spesialisthelsetjenesten er inne i en periode med betydelige endringer, både juridisk, økonomisk og organisatorisk. Finansieringen av somatiske helsetjenester ble endret ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) 1. juli 1997. Iverksetting av ny pasientrettighetslov i 2001 ga pasientene styrkede rettigheter til vurdering, fornyet vurdering og fritt sykehusvalg. Disse endringene følger trenden i mange vestlige land, der offentlig sektor eksponeres for økonomiske insitament og brukernes rettigheter styrkes. Den mest omfattende reformen siste årene er imidlertid statens overtakelse av eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenestene 1. januar 2002.

I avsnitt 4.2 gis generell beskrivelse av utviklingstrekk i de vestlige landenes helsetjenestesystemer. I avsnitt 4.3 følger en nærmere beskrivelse av organisering og finansiering av spesialisthelsetjenestene i Norge. Avsnitt 4.4 inneholder en beskrivelse av utviklingen av pasientenes rettigheter.

4.2 Forholdet mellom hovedaktørene i helsetjenestesystemer

Endringer i befolkningens etterspørsel etter helsetjenester, endring i tilbudet og den tilhørende økningen i aktivitet og kostnader, er skjedd parallelt i de fleste vestlige land. Disse faktorene har i seg selv skapt press for endringer i finansiering og organisering av helsetjenestene. Endringspresset har økt ytterligere på grunn av følgende faktorer (Paton 2000):

- Befolkningens økte forventninger til nye tilbud og bedre behandlingsresultater.
- Økte og mer presise rettigheter for den enkelte pasient både til informasjon om egen helse og valg av tjenesteytere.
- Høyere krav om kostnadseffektiv drift, særlig i land med statsfinansielle problemer.

Endringene i helsetjenestesystemene skjer langs flere dimensjoner. En klassifisering av helsetjenestesystemer utviklet av OECD (1992, 1994) kan benyttes for å beskrive helsetjenestene og endringene i helsetjenestesystemer. Fire beslutningstakere er sentrale:

- *Befolkningen* i dens to roller som (skatte-)betalere og pasienter.
- En (eller flere) *finansiører* eller *bestillere*. Dette kan være forsikringsselskaper (kontinentet og USA), eller staten og/eller regionale og lokale myndigheter (Skandinavia og Storbritannia).
- *Tjenestytere* eller *utførere*. Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, inkludert somatiske og psykiatriske sykehus.
- En offentlig *reguleringsmyndighet*.

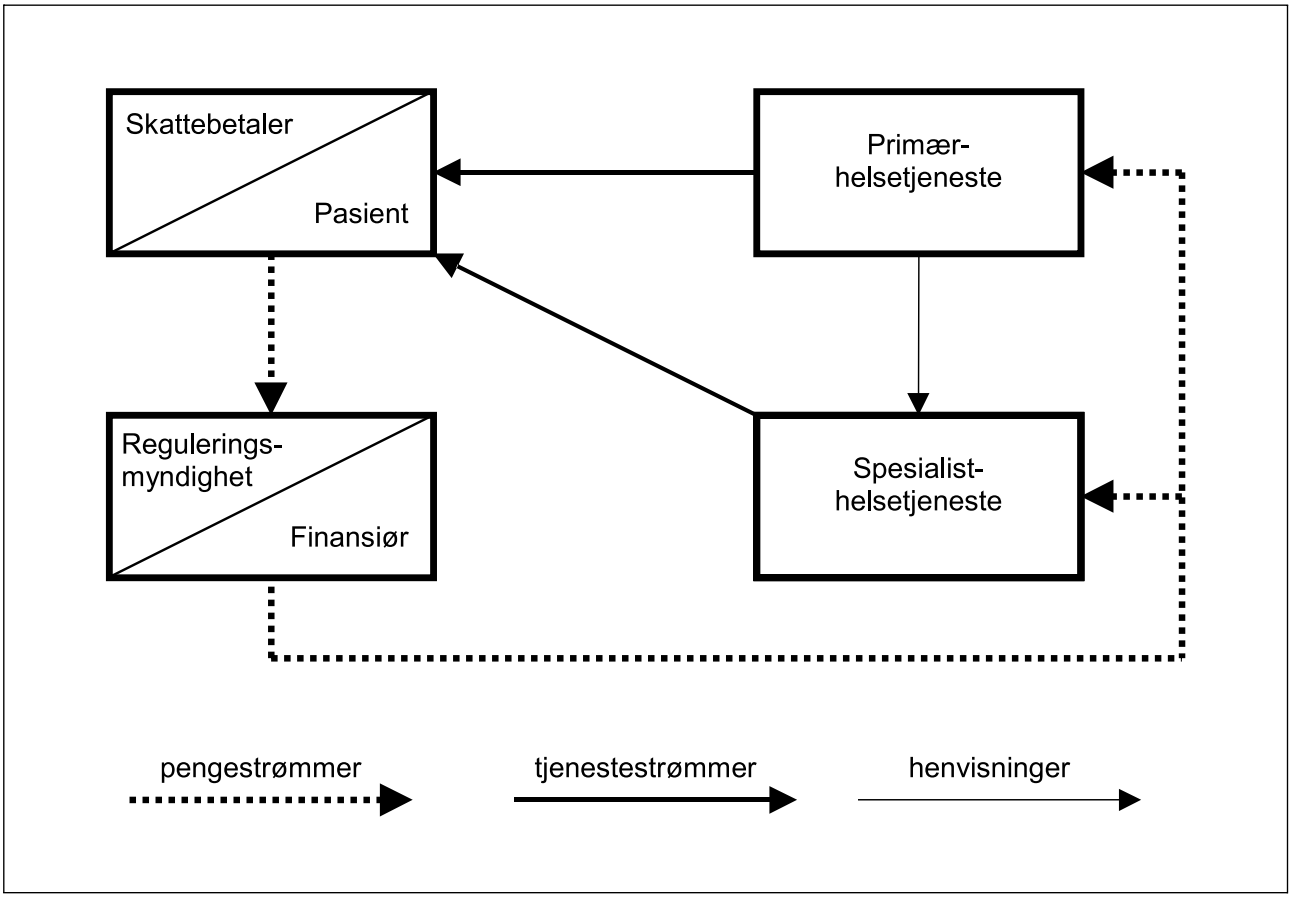
Figur 4.1 illustrerer sentrale relasjoner mellom de fire gruppene beslutningstakere. Relasjonene kan beskrives ved pengestrømmer, tjenestestrømmer og henvisninger av pasienter.

I Norge vil offentlig reguleringsmyndighet og finansiøren være samme juridiske person, men ulike funksjoner kan være lagt til forskjellige organer. I land der forsikringsselskaper finansierer tilbyderne, vil offentlig reguleringsmyndighet være juridisk atskilt fra finansiøren.

Relasjonen pasient–finansiør

Den økonomiske belastningen ved sykdom var tidligere betydelig både for pasient og pårørende. Inntektsforskjeller og vanskeligheter for den enkelte å forutsi framtidig behov for helsetjenester, førte til at det ble utviklet enkle typer frivillige sykeforsikringer alt på slutten av 1800-tallet. Utviklingen i Europa har siden gått i retning av obligatoriske forsikringer, mens USA grunnleggende sett har beholdt et system med frivillige forsikringer. Obligatoriske forsikringer i Europa er organisert enten som sosialforsikringsordninger (for eksempel i Tyskland, Østerrike, Belgia, Nederland) eller som et skattefinansiert system (i Skandinavia, Storbritannia, og Spania).

I landene med sosialforsikringsordninger har staten sentral rolle som reguleringsmyndighet, bl.a. for å motvirke uheldig seleksjon av pasienter, for eksempel «dumping» av høyrisikogrupper. I de



Figur 4.1 Relasjoner i helsetjenestesystemer.

fleste av disse landene har pasientene i dag rett til å velge forsikringsselskap/sykekasser. I noen land bestemmer fortsatt yrkestilknytning og geografi tilknytningen. I alle landene gir forsikringstilknytning rett til helsemessige ytelser både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men ytelsene er sjelden klart avgrenset. Både i Tyskland og Nederland har det vært forsøk på å ta enkelte helsetjenester ut av forsikringssystemet, for eksempel tannhelsetjenester. Begrunnelsen har primært vært at forsikringsordningene skal finansiere basale helsetjenester. Forsøkene på endringer er stort sett blitt reversert.

For å stimulere til økt konkurranse om kundene, er de finansielle relasjonene mellom pasient og forsikringsselskap endret i flere av landene. Økt konkurranse er antatt å gi lavere kostnader, spesielt administrative. Flere virkemidler tas i bruk for å øke konkurransen, bl.a. ordninger for risikofordeling mellom selskapene. Nederland representerer et særlig interessant tilfelle (referanse).

I land med skattefinansierte helsetjenester er det skjedd mindre endringer i forholdet mellom pasient og finansiør. Storbritannia, og i hovedsak også Norge, har et sentralisert finansieringssystem med staten som ansvarlig for innkreving av skatter som finansierer helsetjenestene. I de øvrige landene innen denne gruppen eksisterer ordninger med lokal og regional beskatningsrett kombinert med lokalt og regionalt ansvar for helsetjenestene. Enkelte av landene i denne gruppen har frivillige tilleggsforsikringer. I Danmark gir for eksempel en type frivillig forsikring direkte tilgang til spesialist, mens personer uten denne forsikringen må henvises til spesialist fra sin fastlege.

En videre diskusjon av forsikringsordninger faller utenfor utvalgets mandat, og forfølges derfor ikke her.

Relasjonen finansiør–tjenesteyter

I landene med sosialforsikringssystemer har relasjonen mellom finansiøren (forsikringsselskapene eller sykekassene) og tjenesteyterne som hovedregel vært regulert gjennom formelle kontrakter. Det er skjedd endringer i kontraktene over tid, i første rekke ved at en har gått bort fra refusjonsordnin-

ger (per diem-finansiering) til rammefinansiering, og videre til aktivitetsbasert finansiering.

I landene med skattefinansierte helsetjenester har finansiør og tjenesteytere tradisjonelt være integrert. Sykehusreformen i Norge innebar at sykehusene ble skilt fra eier ved at de ble egne foretak. En liknende endring skjedde i Storbritannia tidlig på 1990-tallet. I Sverige er det også gjennomført endringer som innebærer større grad av fristilling av helsetjenesteyterne. Frankrike representerer på sin side en statlig styringsmodell av spesialisthelsetjenestene som kan være aktuelt å trekke lærdom fra.

En nærmere beskrivelse av statens overtakelse og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge følger i avsnitt 4.3 nedenfor. Beskrivelse av erfaringer fra andre land er gitt i innstillingens del III om finansiering av helseforetak.

Relasjonen utfører–pasient

Også i denne relasjonen skjer det betydelige endringer i flere land. Endringene omfatter flere forhold, i første rekke:
- klarere pasientrettigheter, herunder økte muligheter for valg av tjenesteyter og rett til behandling
- utvikling av retningslinjer for prioritering
- økt brukerbetaling.

En nærmere beskrivelse av endringer i pasientrettigheter og retningslinjer for prioritering i Norge følger i avsnitt 4.4.

4.3 Organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten i Norge

Relasjonen mellom staten (regulerende myndighet og finansiør) og tjenesteyterne (primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten) er regulert gjennom omfattende regelverk og finansielle ordninger. I NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være? karakteriseres virkemiddelstrukturen som et blandingssystem. Det er innført *markedssimulerende mekanismer* og *økonomiske insitamenter,* samtidig som man ønsker å styrke *planstyring* og *samarbeid.* Gjennom innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå, etableres det et markeds- og konkurranseliknende system. Planstyring er søkt styrket gjennom formalisering av det regionale helseplansystemet, statlig godkjenning av de regionale helseplanene og systemet for fordeling av legespesialister.

Kombinasjonssystemet er videreført etter statens overtakelse av sykehusene, selv om det er skjedd endringer i status til de regionale helseplanene og visse andre virkemidler. I dette avsnittet gis en omtale av hovedelementene i den statlige eierskaps- og foretaksreformen, utfordringer knyttet til styringsmodellen for regionale helseforetak, samt en omtale av hovedtrekkene i dagens finansieringssystem. Detaljer i beskrivelsen av ordningene vil følge i forbindelse med diskusjonen av et framtidig finansieringssystem i del III og del IV av innstillingen.

4.3.1 Statens overtakelse av sykehusene – foretaks- og eierskapsreformen

1. januar 2002 overtok staten eierskapet og ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. I Ot.prp. nr 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak mm. har Helsedepartementet oppsummert bakgrunnen for reformen:
- Det er økonomiske problemer i helsesektoren, på tross av vesentlig ressurs- og utgiftsøkning i både somatisk og psykiatrisk sektor.
- Det er uklare ansvarsforhold.
- Målsettingen om likeverdige tjenester er ikke godt nok oppfylt.

Etter Helsedepartementet syn var dette uttrykk for organisatoriske og styringsmessige problemer. Departementets framholdt også at det var store forskjeller mellom fylker i ventetid for behandling av samme lidelse (særlig innen psykiatri), store geografiske variasjoner i medisinsk praksis og store forskjeller i ressursbruken mellom sykehusene.

Reformen baserte seg på to hovedelementer:
- Det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- Virksomhetene ble organisert i foretak, som egne rettssubjekter.

Fordelen med å overføre eierskapet til staten ble oppsummert i to punkt i regjeringens forslag til helseforetakslov:
- Klarhet om at staten har det fulle ansvaret.
- Staten kan utøve sterkere styring.

Gjennom en foretaksorganisering er det etablert formelle strukturer og ansvarslinjer som har paralleller i næringsvirksomhet. Organisasjonsformen helseforetak er ny og unik, men har klare paralleller til statsforetak. Staten ved Helsedepartementet eier regionale helseforetak, og regionale helseforetak eier helseforetakene i sin region. Viktige kjennetegn ved helseforetak er:

- Helseforetak har det fulle ansvar for egen drift og egen økonomi, herunder både driftsutgifter og kapitalutgifter.
- Helseforetak er egne rettssubjekt med egen handlingsevne, rettslig og økonomisk, med arbeidsgiveransvar for sine ansatte.
- Foretaksmøtet («generalforsamlingen») er øverste myndighet for helseforetaket. Styret oppnevnes i foretaksmøtet.
- Helseforetak kan ikke gå konkurs.

Regionale helseforetak (RHF) ble stiftet i 2001 og overtok fra 1. januar 2002 ansvar og oppgaver fra fylkeskommunene. Det ble opprettet et regionalt helseforetak for hver av de fem eksisterende helseregionene. Regionale helseforetak er tillagt et såkalt *sørge for-ansvar* for befolkningen i sin region. Dette forplikter dem til å skaffe til veie spesialisthelsetjenester. Regionale helseforetak overtok alle eiendommer og andre formuesposisjoner som var knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten, og trådte inn i avtaler som fylkeskommunene hadde med private leverandører og andre fylkeskommuner. NAVO, som regionale helseforetak har valgt som arbeidsgiverorganisasjon, og arbeidstakerorganisasjonene videreførte også de eksisterende tariff- og hovedavtaler fram til inntektsoppgjøret våren 2002.

Helseforetakslovens § 43, 2. ledd, fastslår at regnskapslovens bestemmelser gjelder for helseforetak. Det innebærer at kapitalen som foretakene bruker må være identifisert og verdsatt, og at kostnadene ved å bruke kapitalen vil inngå i foretakenes regnskaper. At det følger framtidige kostnader med foretakenes investeringer, som foretakene også har mulighet til å bruke på alternative måter, gir insitament til å vurdere kritisk hvilke investeringer som bør gjøres. Hvordan kapitalkostnader kan håndteres i et nytt finansieringssystem er nærmere omtalt i innstillingens del IV.

4.3.2 Utfordringer knyttet til styringsmodellen for regionale helseforetak

Statlig overtakelse og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002 innebærer en betydelig endring i spesialisthelsetjenestens rammebetingelser. Sykehusreformen har gitt staten en oppgradert styringsposisjon, med bedre mulighet for helhetlig organisering, og mulighet til å samordne ressursbruk inn mot prioriterte helsepolitiske mål, både nasjonalt og regionalt.

Regionale helseforetak og helseforetak er i gang med planer og tiltak for å utnytte potensialet i den nye organisasjonsmodellen. Nye helseforetak ble i de fleste tilfeller etablert ved at flere sykehus ble samlet i større organisatoriske enheter. Enkelte regionale foretak, som Helse Øst, har startet opp større organisasjonsprosesser som trolig endrer sykehusstrukturen allerede det første driftsåret.

I henhold til helseforetaksloven er regionale helseforetak etablert med flere roller. De eier underliggende helseforetak, forvalter driftsavtaler med private tjenesteytere, og er lovpålagt et forpliktende sørge for-ansvar. Dersom pasientens rett til helsehjelp og fritt sykehusvalg styrkes ytterligere i lovgivningen, kan regionale helseforetak også gjøres økonomisk ansvarlig for brutte pasientrettigheter, og få som rolle å skulle utnytte potensialet hos private sykehus og sykehus i utlandet.

Samtidig har staten ilagt seg selv flere ulike roller. Det ligger en betydelig utfordring i at staten både er myndighetsutøver, finansiør, eier og kontrollør. De mange rollene kan både bidra til at styringssignalene blir uklare og til at systemet blir mindre desentralisert og fleksibelt enn det som var tanken med foretaksorganiseringen.

Det norske finansieringssystemet der staten er eneste finansieringskilde, framstår som ett av de mest sentraliserte. Tross betydelige endringer i institusjonelle forhold de siste årene, er styringssystemet for spesialisthelsetjenesten fortsatt et blandingssystem, basert på samspill mellom planstyring og markedsimitasjon.

4.3.3 Dagens finansieringsordninger

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak mm. ble det lagt til grunn at finansieringsordningene fra 2001 i hovedsak skulle videreføres i 2002. Dette innebar at sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter og bevilgningene til dagens statssykehus ble tilført regionale helseforetak, jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002) kap. 732 Regionale helseforetak, og at de fleste øremerkede ordninger ble videreført i 2002. Dette innebar bl.a. at Nasjonal kreftplan og Opptrappingsplanen for psykisk helse ble beholdt som selvstendige, øremerkede tilskudd og fulgt opp som tidligere. Den viktigste endringen i 2002 var at regionale helseforetak ble mottaker av de fleste tilskuddene.

Fra og med 1. januar 2002 finansierer staten primært det regionale nivået, med unntak av refusjon av poliklinisk behandling. Poliklinikkrefusjonen er den eneste store finansieringsordningen hvor utbetalingen går direkte fra staten til det enkelte helseforetak. Dette unntaket er i første rekke historisk betinget.

Boks 4.1 Rammetilskudd og øremerkede tilskudd

Rammetilskudd er generelle tilskudd som regionale helseforetak i prinsippet han fordele fritt på ulike typer av aktiviteter. I realiteten er frihetsgraden begrenset siden staten gjennom bl.a. forskrifter og rundskriv legger bindinger på prioriteringene.

Øremerkede tilskudd er derimot tiltenkt bestemte formål. De kan være av ulike typer:

- *Blokktilskudd* – øremerkede rammetilskudd eller ikke-prisvridende tilskudd
- *Prisvridende tilskudd* – fast pris per innsatsfaktor, per produsert enhet, eller per bruker i den aktuelle målgruppen for tjenesten.

Den siste gruppen kalles prisvridende fordi tilskuddet påvirker den prisen eller kostnaden som regionale helseforetak står overfor når det skal opprettes en ny stilling, behandles flere pasienter el.l. Kostnaden som må dekkes av de frie inntektene går da ned.

På teoretisk grunnlag kan det argumenteres for at øremerkede rammetilskudd har svake eller ingen effekter på prioriteringene, mens de prisvridende tilskuddene har sterkere effekter. Dette støttes av empiriske studier, som i hovedsak er av øremerkede tilskudd til lokalforvaltningen. Grant (1984) gir en samlet framstilling av ulike typer tilskudd og deres forventede effekter.

Det finansielle grunnlaget for regionale helseforetak utgjøres i hovedsak av statens basisbevilgning, øremerkede tilskudd, samt de aktivitetsavhengige utbetalingene fra innsatsstyrt finansiering og poliklinikktilskudd. I tillegg har regionale helseforetak en viss mulighet for å etablere egne inntekter fra salg av tjenester til andre helseregioner og fra annen utleie- og salgsvirksomhet.

Det er ikke foretatt betydelige endringer av hva som finansieres av folketrygden. Felles for helsetjenester som dekkes av folketrygden, er at de er rettighetsbasert med hjemmel i folketrygdloven. Folketrygdens ansvar omfatter i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Også utgifter ved visse typer privateide institusjoner dekkes. I spesialisthelsetjenesten omfatter trygdens finansieringsansvar bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, legespesialister med driftsavtale og spesialister i klinisk psykologi. For privat laboratorie- og røntgenvirksomhet er det et eget takstsystem som fastsettes etter forutgående forhandlinger med staten. I kommunehelsetjenesten omfatter folketrygdens finansieringsansvar allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten. Enkelte varer og tjenester finansieres fullt ut av folketrygden og pasientene. Det gjelder bl.a. viktige legemidler og syketransport. Folketrygden kan også gi bidrag til pasienter til dekning av utgifter til en del formål i samband med sykebehandling som det ikke gis pliktmessig refusjon til. Det gjelder bl.a. opphold på opptreningsinstitusjon og legemidler på hvit resept.

Basisbevilgning

Den statlige basisbevilgningen utgjør hovedelementet i finansieringen av regionale helseforetak. Dette utgjør om lag 29 mrd. kroner i statsbudsjettet for 2002.

Basisbevilgningen består i hovedsak av:

- uttrekket fra fylkeskommunenes inntektsrammer, om lag 26 mrd. kroner
- tilskudd etter plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus
- investeringstilskudd
- bevilgningene til tidligere statlige sykehus (Riks- og Radiumhospitalet)
- enkelte øremerkede tilskudd (tilskudd til kapitalutgifter, tilskudd til avtaler knyttet til legespesialister og psykologer, tilskudd til helsepersonell mm., i alt 314 mill. kroner)

Selv om basisbevilgningen har karakter av å være en rammebevilgning, setter Helsedepartementet en del vilkår fra Helsedepartementets side for tildelingen. Deler av bevilgningen, som tilskudd til investeringer, er dessuten håndtert i retning av å være et ordinært, øremerket tilskudd, og ble i statsbudsjettet for 2002 ikke tildelt før senere i budsjettåret, selv om det teknisk sett er en del av basisbevilgningen.

Finansiering av somatiske tjenester

Norge tok gjennom innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i juli 1997 et langt skritt i retning av å rette finansieringen av sykehus inn mot økt produksjon. Gjennom ISF mottar regionale helseforetak stykkprisbetaling for hver pasientbehandling

på grunnlag av registrering i de pasientadministrative systemene og klassifiseres i grupper (diagnoserelaterte grupper, DRG) i henhold til et

Boks 4.2 Innsatsstyrt finansiering

All pasientbehandling på sykehus er inkludert i ISF, med unntak av poliklinisk behandling som gis særskilt refusjon. I tillegg gis ISF-refusjon for behandling hos private aktører etter nærmere regler. Om lag 15 mrd. kroner utbetales over ISF i 2002.

Hvert sykehusopphold registreres i sykehusenes pasientadministrative systemer, der diagnose og eventuelle bidiagnoser og prosedyrer klassifiseres i henhold til et internasjonalt kodeverk, International Classification of Diseases (ICD-10). Hvert opphold blir kategorisert i en gruppe, eller såkalt DRG (diagnoserelatert gruppe), gjennom et grupperingsprogram som sykehusene ikke kan påvirke.

Hvert år registrerer sykehusene om lag 1 mill. sykehusopphold i DRG-systemet, hvorav heldøgnsoppholdene utgjør om lag to tredeler (650 000–700 000 opphold). Betalingsmessig veier heldøgnsoppholdene tyngst og står for om lag 90 prosent av ISF-utbetalingene, mens dagopphold utgjør de resterende 10 prosent.

Boks 4.3 Regionsykehustilskuddet

Regionsykehustilskuddet består av fire deler:

1. Tilskudd til *basiskostnader*. Dette er en rammefinansiering som ikke retter seg mot målbar aktivitet. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til regionale helseforetak for de merkostnader som er knyttet til å eie og drive et regionsykehus.
2. Tilskudd til *særskilte funksjoner,* det vil si lands- og flerregionale funksjoner og kompetansesentra. Landsfunksjoner utføres bare ett sted i landet, mens flerregionale funksjoner utføres ved flere, men ikke ved alle regionsykehus. Kompetansesentrene har spesielt ansvar for bl.a. å drive faglig utvikling, kompetanseutvikling og interregional eller nasjonal veiledning.
3. Tilskudd til *forskning* er rettet mot prosjekter innen klinisk forskning, herunder utprøvende behandling.
4. Tilskudd til *undervisning* kompenserer delvis for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen.

Regionsykehustilskuddet omfatter i hovedsak somatisk spesialisthelsetjeneste, men inkluderer også psykiatriske helsetjenester.

bestemt system for klassifisering og prising av diagnosegrupper. Det er dermed sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning som bestemmer utbetalingene. Refusjonene i ISF bygger på et nasjonalt DRG-system. Nasjonale kostnadsvekter er benyttet siden innføringen av ISF i 1997. Behandling skal skje ved statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 9.

Poliklinisk behandling har lange tradisjoner i Norge, og polikliniske refusjoner gis direkte fra staten til det enkelte sykehus. I 2002 forventes om lag 3,88 mrd. kroner utbetalt over polikliniske refusjoner på statsbudsjettet. Statens refusjoner for poliklinisk virksomhet er forutsatt å dekke rundt halvparten av driftskostnadene til de enkelte prosedyrer og undersøkelser. Budsjettmidlene administreres og utbetales av Rikstrygdeverket. Nærmere omtale er gitt i kapittel 9.

Regionsykehustilskuddet er den største av de øremerkede bevilgningene som utbetales til regionale helseforetak. I 2002 utgjorde tilskuddet om lag 2 mrd. kroner. Formålet har vært å gi et økonomisk grunnlag for at regionsykehusene skal kunne ta ansvar for drifts- og infrastrukturkostnader knyttet til kostbare og høyt spesialiserte tjenester som tilbys pasienter fra flere fylker, til oppbygging av pålagte, avanserte spesialisthelsetjenester, samt til forskning og undervisning.

Finansieringen av legemidler i og utenfor sykehus er nærmere omtalt i kapittel 11. De tjenester som er finansiert gjennom regionsykehustilskuddet, høyspesialiserte funksjoner, samt forskning og undervisning, er nærmere omtalt i kapittel 12 og 16.

Tildeling av midler til nye investeringer ut over det som er angitt i styringsdokumentet, skjer på bakgrunn av søknad til departementet. Fra og med 2003 legges investeringstilskuddet til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Departementet legger imidlertid fortsatt til grunn en statlig styring med investeringer etter godkjenning av enkeltprosjekter, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003).

Finansiering av psykisk helsevern

Psykisk helse er i langt større grad enn somatikk finansiert av rammetilskudd og tradisjonelle, øremerkede tilskudd snarere enn gjennom aktivitetsavhengig finansiering. Fra og med 1. januar 2002 er hovedelementet i finansieringen av psykisk helsevern den statlige basisbevilgningen til de fem regionale helseforetakene.

Alt i 1988 ble det innført et poliklinisk refusjonssystem for voksenpsykiatriske poliklinikker, og i 1989 ble barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker samt psykiatriske ungdomsteam inkludert i ordningen. I dag finnes tre typer takster for henholdsvis voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Det vises til nærmere beskrivelse i innstillingens kapittel 10.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997–1998) sluttet Stortinget seg til hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Planen innebærer investeringer for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og en opptrapping av driftsutgiftene til et nivå som ligger reelt om lag 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Opptrappingsplanen omfattet i 2002 en statlig, øremerket bevilgning på om lag 2,6 mrd. kroner som gjelder både drift og investeringer. Av denne summen går om lag 1,2 mrd. kroner i 2002 til regionale helseforetak, mens det resterende går til kommuner og fylkeskommuner.

4.4 Pasientrettigheter og retningslinjer for prioritering

I relasjonen mellom pasient og tjenesteyter er det særlig skjedd endring i to forhold i Norge de siste årene: styrkede pasientrettigheter og klarere retningslinjer for prioritering.

Styrking av pasientenes stilling var blant hovedformålene i den nye helselovgivningen som trådte i kraft 1. januar 2001. Pasientens rettigheter ble lovfestet gjennom en egen lov. Foruten rett til vurdering innen 30 virkedager og rett til fornyet vurdering, rett til medvirkning, informasjon og innsyn i journal, samt utvidet klageadgang, omfatter loven to viktige rettigheter som kan ha betydning for finansieringssystemet:

- rett til nødvendig helsehjelp
- rett til fritt sykehusvalg

I Samarbeidsregjeringens politiske grunnlag høsten 2001 (Sem-erklæringen), erklærte de tre partiene Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre at de ville «lovfeste pasientenes rett til behandling innen individuelle frister fastsatt på medisinsk grunnlag. Dersom fristen ikke overholdes, skal pasienten tilbys behandling ved private institusjoner eller i utlandet for det offentliges regning. Pasientbroen til utlandet videreføres.» I tiltredelseserklæringen i Stortinget i oktober 2001 ble dette punktet ikke omtalt. Derimot ble det varslet at det fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering av sykehus skulle utvides til også å omfatte private sykehus som har avtale med regionale helseforetak. Forslag om dette er sendt på offentlig høring i november 2002, og omtales nedenfor.

4.4.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Det er det siste tiåret gjort erfaringer med ulike ventetidsgarantier. Fra 1990 ble det først innført en seksmånedersgaranti. I 1997 ble denne erstattet av en tremånedersgaranti med strammere kriterier for hvem som kom inn under garantien. Det ble samtidig innført krav til registrering av ventetid, samt oversikt over antall garantibrudd. Slike opplysninger var ikke registrert systematisk tidligere.

Erfaringene med ventetidsgarantien var blandet, og dette kom fram i sentrumsregjeringens forslag til pasientrettighetslov i 1998, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998–1999). Først og fremst ble det pekt på at daværende ventetidsgaranti ikke oppnådde legitimitet blant helsepersonell, at tildelingen av garantier ble praktisert helt forskjellig og nokså vilkårlig i ulike fylker, og at det ikke forelå sanksjonsmuligheter ved garantibrudd. I tillegg ble det pekt på vanskelighetene med å utforme presise vilkår. Det var etter regjeringens mening vanskelig å sikre ventelisteretten for de pasientene som faktisk trengte den mest. også blir omfattet av rettigheten i praksis, og Regjeringen advarte i lovforslaget mot ordningens rettighetsmessige vilkårlighet. Man gikk derfor ikke inn for lovfesting av tremånedersgarantien.

Partiene har hatt ulikt syn på ventetidsgaranti som verktøy for å styrke pasientens stilling og prioritere riktig mellom pasienter, og synspunktene har forandret seg etter hvert som man har vunnet erfaringer. Høyre og Fremskrittspartiet foreslo i Stortinget to ganger på 1990-tallet å gjøre ventetidsgarantien juridisk bindende, og var også de varmeste tilhengere av lovfestet tidsfrist – individuelt fastsatt og med en medisinsk begrunnelse. Utfallet av Odelstingets behandling av ny pasientrettighetslov i 1998–99 var lovfesting av pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Ventetidsgarantien ble opphevet samtidig som pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2001. Spørsmålet om lovfesting er gitt bred omtale i Innst. O. nr. 91 (1998–

1999). Sosialkomiteen begrunnet innstillingen med behov for å styrke pasientens posisjon overfor helsetjenesten, gi svake grupper et maktmiddel for å oppnå grunnleggende helsetjenester, samt å bidra til riktig prioritering av pasienter. I tillegg ble lovfestingen begrunnet med at den økte pasienttryggheten som følge av rettighetsfestingen ville kunne styrke tilliten til den offentlige helsetjenesten.

Noen viktige trekk ved nåværende rett til nødvendig helsehjelp er:

- Rett til nødvendig helsehjelp omfatter mer enn en rett til behandling ved sykehus, kf. pasientrettighetsloven § 2–1. Helselovgivningen definerer ikke hva spesialisthelsetjeneste er, men i praksis omfattes alle de helsetjenester som regionale helseforetak har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon, herunder private avtalespesialister. Helsehjelp omfatter både forebygging av sykdom og helsebevarende tiltak, diagnostikk og utredning, rehabilitering, pleie og omsorg.
- Helsehjelpen skal være *nødvendig*. Rettigheten begrenses dermed noe i forhold til ansvaret regionale helseforetak har for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.
- Pasientens diagnose er ikke avgjørende for rett til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnose vil derfor noen pasienter ha rett til helsehjelp, og andre ikke. Hvilke kriterier som skal oppfylles for å få rett til nødvendig helsehjelp, er nedfelt i Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp.
- Rett til nødvendig helsehjelp er en materiell rettighet som gir pasienten et rettsbeskyttet krav. Pasienten kan dermed prøve sin sak for domstolene dersom behandling ikke tilbys.

Noen viktige begrensninger er knyttet til denne rettigheten (se også boks 4.4):

- For det første knytter ikke loven noen bestemt tidsfrist til rettigheten. I gjeldende forskrift til pasientrettighetsloven er muligheten for å sette en bestemt tidsfrist heller ikke benyttet. I stedet er det forskriftsfestet at pasienter som oppfyller vilkårene i § 2 har rett til helsehjelp «innen den tid medisinsk forsvarlighet krever».[1]
- For det andre er rettigheten begrenset av sykehusets kapasitet. I realiteten innebærer det at grensen settes av de økonomiske ressurser det enkelte helseforetak disponerer, og av de prioriteringer helseforetaket foretar.
- For det tredje er rettigheten knyttet til helsepersonellets medisinsk-faglige vurdering av individuelle forhold knyttet til pasientens helsetilstand, begrenset opp mot et krav om forventet nytte av behandlingen, og et krav om at kostnadene skal veies opp mot effekten av behandlingen. Dette er begrensninger som er vanskelige å kontrollere eller å bestride for den enkelte pasient.

Boks 4.4 Pasientrettighetsloven § 2–1 om rett til nødvendig helsehjelp

«Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak eller helseforetak har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.»

Framtidige endringer i pasientens rett til helsehjelp

Som oppfølging av regjeringens samarbeidserklæring (Sem-erklæringen 2001), har Helsedepartementet i november 2002 sendt ut et høringsnotat med forslag til styrkede pasientrettigheter. Forslaget innebærer at lov om pasientrettighetsloven endres på flere punkter, kf. også boks 4.5:

- Begrensningene i dagens rett til nødvendig helsehjelp oppheves. Kapasitet eller økonomiske hensyn fjernes som begrensende faktorer fra § 2–1. Det vil imidlertid fortsatt være opp til mottakende lege i spesialisthelsetjenesten å bestemme om en pasient skal gis rett til nødvendig helsehjelp, og med hvilken tidsfrist.

1. Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, fastsatt ved kgl. Res. 1.12.2000.

- En konkret tidsfrist skal fastsettes individuelt for hver pasient, basert på en vurdering av medisinsk forsvarlighet. Tidsfristen skal settes med en dato, og pasienten og henvisende lege skal gjøres kjent med hvilken tidsfrist som er satt. I forhold til dagens praktisering av rett til helsehjelp er dette en innstramming, fordi erfaringer viser at svært få pasienter blir gjort klar over om de er gitt rett til helsehjelp, og at de sjelden gjøres kjent med hvilken frist som er satt. Det foreslås imidlertid ikke at den individuelle fristen skal være kortere enn etter gjeldende regler. Pasienten skal behandles innen den tid som er medisinsk forsvarlig også etter gjeldende regler.
- Pasientrettighetsloven skjerpes og presiseres i forhold til hva som skjer hvis tidsfristen overskrides uten det er gitt tilbud om behandling. Helsedepartementet foreslår at det i så fall gis subsidiær rett til behandling som ikke er begrenset av økonomi eller kapasitet hos regionalt helseforetak, og som gis innen kort tid, enten ved offentlig eller privat behandlingssted, i Norge eller utlandet. Kun pasienter som opprinnelig er gitt rett til nødvendig helsehjelp, kan oppnå slik subsidiær rett.
- Det foreslås at et sentralt, statlig organ skal ivareta behovet for å finne behandlingssted for pasienter som har fått tidsfristen overskredet, og som har subsidiær rett til nødvendig helsehjelp. Forslaget om et sentralt organ begrunnes i pasientens behov for trygghet og tillit til helsetjenesten, og behov for å sikre geografisk likebehandling av rettsbruddpasienter. Departementet skisserer at oppgaven enten kan legges til et nytt organ, til Sosial- og helsedirektoratet, Rikstrygdeverket eller andre eksisterende organer.
- En pasient som har fått sin tidsfrist overskredet, gis ikke valgfrihet med hensyn til hvor han/hun ønsker behandling. Pasienten skal imidlertid kunne henvende seg direkte til det statlige organet, som har i oppgave å finne ledig kapasitet ved et offentlig eller privat behandlingssted i Norge eller i utlandet. De samme vilkår skal gjelde for pasienter som har benyttet seg av fritt sykehusvalg til å bli henvist til et privat sykehus, og så fått sin tidsfrist overskredet uten et behandlingstilbud.
- Finansieringsansvaret plasseres entydig hos regionalt helseforetak. Regionalt helseforetak har plikt til å betale for behandling når tidsfristen er overskredet og subsidiær rett til behandling er oppstått. Det statlige organet som skal skaffe ledig behandlingskapasitet, får deretter et refusjonskrav mot det regionale helseforetak der pasienten er bosatt. Regionalt helseforetak kan ikke avvise et slikt økonomisk krav ut fra egne økonomiske rammer eller ut fra at kostnaden ved behandling annet sted er for høy. Det skal imidlertid være anledning for et regionalt

Boks 4.5 Forslag til endring i pasientrettighetsloven

§ 2–1. Rett til nødvendig helsehjelp er foreslått endret til:

«Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den tid medisinsk forsvarlighet krever. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal det treffes vedtak om når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest gis nødvendig helsehjelp. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, gis nødvendig helsehjelp innen det tidspunkt som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke er etablert et adekvat medisinsk tilbud, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra en privat tjenesteyter i riket eller tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til. Departementet kan gi nærmere regler for fastsettelse av den tidsfristen som er omtalt i annet ledd, og for organisering av og oppgjør for det tilbudet pasienten har krav på etter fjerde ledd.»

helseforetak å kunne tilby behandlingskapasitet, også etter at fristen er gått ut.

De økonomiske konsekvensene av den foreslåtte lovendringen drøftes i høringsnotatet. Departementet ser ikke at endringen vil medføre noe sterkere grunnlag for den enkelte pasient til å få tildelt rett til helsehjelp enn dagens lovgivning. På den annen side viser departementet til usikkerheten som ligger i følgende faktorer:

- Praksis med tildeling av rett til helsehjelp kan endres, slik at flere (eller færre) pasienter enn i dag gis slik rett.
- Fastsettelse av konkret tidsfrist kan slå ut på ulik måte. En mulighet er at tidsfrister vil avspeile dagens tidsbruk fra henvisning til behandling. I dagens ventelistesituasjon er gjennomsnittlig ventetid 80–90 dager. Helse Øst RHF har kortest gjennomsnittlig ventetid (77 dager), mens Helse Midt-Norge har lengst (117 dager). En annen mulighet er at tidsfrister settes vesentlig kortere enn dagens ventetider, noe som vil kreve økt behandlingskapasitet. En tredje mulighet er at det settes lange tidsfrister, som en beskyttelse av de som skal innfri fristen.
- Departementet viser til at høy tildelingsrate og korte frister vil medføre et betydelig press på regionale helseforetak, og kan kreve omstilling og effektivisering dersom det ikke tilføres statlige midler til å øke kapasiteten.
- Faren for taktisk fastsetting av tidsfrister motvirkes av at regionalt helseforetak vil stå økonomisk ansvarlig for å skaffe helsehjelp også for pasienter som har fått overskredet sin tidsfrist. Samtidig antydes det at det kan være aktuelt å vurdere innføring av maksimale ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

4.4.2 Retningslinjer for prioritering

Hvilke kriterier som skal oppfylles for å få rett til nødvendig helsehjelp, er nedfelt i prioriteringsforskriften. I forskriften er Lønning II-utvalgets gruppe I og II nedfelt i kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp, kf. NOU 1997: 18 Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Bare Lønningutvalgets gruppe III (lavt prioriterte helsetjenester), er holdt utenfor kriteriene.

Den inndelingen i prioriterte grupper som man kom fram til i Lønning II-utvalget, har med andre ord lagt sterke føringer på senere lovgivning. Utvalget anbefalte at man skilte mellom følgende fire kategorier:

- grunnleggende helsetjenester (prioriteringsgruppe I)
- utfyllende helsetjenester (prioriteringsgruppe II)
- lavt prioriterte helsetjenester (prioriteringsgruppe III)
- helsetjenester som det offentlige ikke skal finansiere

I prioriteringsforskriften settes tre vilkår for rett til nødvendig helsehjelp. Det første er knyttet til alvorlighetsgrad, det andre til forventet nytte, og det tredje til kostnader. I prioriteringsforskriften heter det:

> «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2–1 annet ledd, når:
> 1 pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
> 2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
> 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.
>
> Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.
>
> Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.»

Lønningutvalget mente det var vanskelig å gi en skarp avgrensning av det offentliges ansvar for å finansiere helsetjenester. Etter utvalgets oppfatning er det umulig å gi en generell definisjon som omfatter hele det offentlige helsetjenestetilbud. Utvalget fant derfor det mest hensiktsmessig å beskrive prioritetsgruppe I, II og III i forhold til tjenester som det offentlige henholdsvis *skal*, *bør* og *kan* tilby.

I oppfølgingen av Lønning II-utvalget er det for en stor del lagt vekt på juridiske, organisatoriske og administrative virkemidler. Foruten de lov- og forskriftsendringer som tidligere er omtalt, har viktige oppfølgingstiltak vært etableringen av Senter for medisinsk metodevurdering i 1997, og Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten i 2002.

Økonomiske virkemidler er i mindre grad tatt i bruk på en eksplisitt måte, selv om det i forbindelse med revidering av pris- og takstsystemer har vært vektlagt enkelte områder som for eksempel dagkirurgi, for å stimulere til økt overgang fra behandling på sengeavdelinger. Den politiske debatt omkring pasienters *egenbetaling* har i første rekke konsentrert seg om nivået av de samlede egenandeler, og i liten grad om egenandelser som instrument for å prioritere mellom helsetjenester. Likevel har det det siste året skjedd viktige endringer knyttet til økning av pasienters egenbetaling. Innen sterilisering og kunstig befruktning vedtok Stortinget i budsjettbehandlingen høsten 2001 en betydelig økning av egenbetaling. Vedtaket er senere blitt moderert, men har like fullt resultert i en egenbetaling på maksimalt 18 000 kroner med virkning fra 1. januar 2002. Samtidig er det i forslag til statsbudsjett for 2003 foreslått en omlegging av frikortordningen for pasienters egenandeler ved at taket i nåværende kortordning heves, mens det innføres en skjermingsordning for utgifter til fysioterapi, tannbehandling, opptrening og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

4.4.3 Fritt sykehusvalg

Rett til fritt sykehusvalg ble opprinnelig innført som frivillig ordning i den enkelte helseregion. Gjennom pasientrettighetsloven er denne retten gjort landsdekkende fra 1. januar 2001, og gjelder på tvers av regiongrensene. Rett til fritt sykehusvalg gjelder *ved første gangs henvisning* fra primærhelsetjenesten: Det er med andre ord ved første gangs henvisning en pasient kan ønske seg til et annet sykehus. Denne retten har hittil i begrenset grad omfattet private sykehus, og debatten omkring fritt sykehusvalg har derfor dreid seg om private sykehus skal inkluderes i ordningen.

Fritt sykehusvalg er en rettighet som gjelder på langt mer begrensede områder enn rett til nødvendig helsehjelp. Viktige begrensninger er:

- Rettigheten gjelder for behandling i sykehus. Rettigheten gjelder med andre ord ikke behandling utenfor sykehus, som for eksempel behandling hos privatpraktiserende spesialist eller i institusjoner som ikke er godkjent som sykehus.
- Rettigheten omfatter ikke øyeblikkelig hjelp, men er begrenset til å omfatte elektive (planlagte) innleggelser.
- Rettigheten gjelder både somatikk og psykisk helsevern, men hele barne- og ungdomspsykiatrien er unntatt.

Boks 4.6 Pasientrettighetsloven § 2–4 om rett til valg av sykehus

«Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktspsykiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.»

- Rettigheten gir ikke pasienten mulighet til å ønske seg til sykehus med mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist til.

Foruten å styrke pasientens stilling, har hensikten med fritt sykehusvalg vært å stimulere til økt pasientflyt for å lette presset mot sykehus med sprengt kapasitet og i stedet utnytte ledig kapasitet der den finnes. Foruten å få en reduksjon i pasientenes ventetider, har statlige myndigheter hatt håp om en jevnere fordeling av kapasitetsutnyttelsen mellom sykehus og en redusert kostnadsvekst.

Rett til fritt sykehusvalg startet som forsøk og frivillig ordning i enkelte fylker og regioner på 1990-tallet, og ble utvidet til flere fylker og regioner etter hvert. Hittil har pasientflyten til en viss grad vært begrenset av fylkesgrensene. Det er grunn til å tro at bortfall av fylkesgrensene gjennom organisering av regionale helseforetak vil gi bedre pasientflyt innen helseregionene. Den økonomiske oppgjørsordningen for gjestepasienter mellom fylkene er blitt oppfattet som et hinder for fritt sykehusvalg. Ordningen ble fra 2002 erstattet av et oppgjør mellom de fem regionale helseforetakene. Pasientflyten innen hver region er dermed ikke lenger basert på betaling for gjestepasienter.

Framtidige endringer i fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg omfattet i utgangspunktet kun offentlige sykehus og distriktspsykiatriske sentre, men er senere utvidet til private sykehus som har inngått avtale med regionale helseforetak. I Semerklæringen varslet regjeringen en utvidelse av fritt sykehusvalg til å omfatte alle private sykehus. Dette er brakt videre i Helsedepartementets forslag til endringer i pasientrettighetsloven, som ble offentliggjort i november 2002, der § 2–4 om rett til valg av sykehus foreslås endret til:

> «Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktspsykiatriske senter behand-

lingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasientens rett til å velge omfatter offentlig eide sykehus og private sykehus som har avtale med regionale helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Retten til å velge distriktspsykiatriske sentre gjelder tilsvarende.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.»

Forslaget i høringsnotatet fra november 2002 omfatter følgende hovedpunkter:

- Alle private sykehus som inngår avtale om fritt sykehusvalg med regionale helseforetak, inkluderes. Det økonomiske vederlaget anses som kjøp av sykehustjenester og skal foretas i henhold til lov om offentlige anskaffelser. Regionale helseforetak skal være forpliktet til å dekke utgiftene når en pasient velger ett av disse sykehusene.
- Som for rett til helsehjelp, plasseres det økonomiske ansvaret for å dekke kostnadene hos det regionalt helseforetak i regionen der pasienten er bosatt.
- Det kan vanskelig tenkes at et privat sykehus kan instrueres eller pålegges av det offentlige å utføre pasientbehandling. Utvidelsen av fritt sykehusvalg baseres derfor på frivillighet – både for private sykehus og regionale helseforetak. Frivilligheten innebærer at staten ikke kan pålegge regionale helseforetak å inngå avtaler med private sykehus.
- Det forutsettes at fritt sykehusvalg gjøres landsomfattende, og at pasienters rett til å benytte for eksempel private sykehus skal være uavhengig av bosted. Det medfører at regionale helseforetak forplikter hverandre i sin avtaleinngåelse med private sykehus – det vil si at det må inngås felles avtaler der alle regionale helseforetak er omfattet. Disse avtalene må inngås for en fastsatt periode, og det vil også være aktuelt å avtale behandlingsvolum. Det vil imidlertid ikke si at det nødvendigvis også er behov for at volumavtalene med private sykehus er felles. På områder der det ikke er enighet blant regionale helseforetak om felles avtaler, kan det enkelte regionale helseforetak eller et helseforetak inngå avtaler som begrenser seg til kjøp av enkelttjenester.
- Departementet omtaler ikke spørsmålet om en pasient kan få direkte henvisning til et privat sykehus allerede ved første gangs henvisning fra primærlege, men mener at dette allerede er dekket av gjeldende lovgivning. Praksis med at offentlige helseforetak dermed skal siler ut henvisninger til private sykehus, vil derfor antakelig opphøre. Pasienten gis i så fall raskere og lettere tilgang til private sykehus enn om henvisning først må vurderes av et offentlig helseforetak.
- Departementet avviser muligheten for statlig normerte priser for kjøp av helsetjenester fra private sykehus, og mener at en prisregulering på dette området vil stride mot EØS-avtalen. Det legges derfor til grunn konkurranse og bruk av statens regelverk for offentlige kjøp og anskaffelser. Denne konkurransen omfatter også sykehus i utlandet, avhengig kjøpets omfang.
- Private sykehus som ikke behandler pasienter på det offentliges regning, har i dag ingen forpliktelser med hensyn til inntak eller prioritering av pasienter. Dette antas å endre seg dersom private sykehus skal inngå avtaler som sikrer dem offentlige inntekter gjennom at de er tilsluttet fritt sykehusvalg. Departementet foreslår at private avtalesykehus ilegges forpliktelser ved at de må kunne tilby de helsetjenester som regionale helseforetak etterspør, og ved at de tar inn pasienter og prioriterer i henhold til de overordnede prioriteringer og målsettinger som er satt for den offentlige helsetjenesten.
- Departementet viser til at det private tilbudet er økt de siste årene, og at store, internasjonale helseaktører har etablert seg i Norge. Utvidelse av ordningen med fritt sykehusvalg forventes å øke interessen for å få godkjent privat helsetjeneste som sykehus.

Erfaringene med dagens rett til fritt sykehusvalg kommenteres i høringsnotatet. Departementet mener det er spesielt ressurssterke pasientgrupper som kan ha benyttet seg av rettigheten så langt:

> «Erfaringen med ordningen hittil tyder på at det er spesielle, ressurssterke pasientgrupper som har benyttet seg av fritt sykehusvalg. En mulig effekt av utvidet rett til fritt sykehusvalg kan bli en enda sterkere prioritering av disse i forhold til andre pasientgrupper som i praksis i liten grad nyttiggjør seg rettigheten. Slike sårbare pasientgrupper kan omfatte eldre pasienter med sammensatte og kroniske lidelser der geografisk nærhet, helhetlig tilnærming og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten vil være avgjørende for kvaliteten på tilbudet. I og med at ordningen med fritt sykehusvalg bare har fungert i litt over ett år, må man imidlertid regne med at den ikke er tilstrekkelig godt kjent ennå og at den i større grad vil oppfylle intensjonene etter hvert. Departementet mener derfor at den tendensen som foreløpig har vist seg, ikke bør være til hinder for å inn-

lemme de aktuelle privateide sykehusvirksomhetene i ordningen.»

4.4.4 Erfaringer fra andre land

Andre land er ikke gått så langt som Norge i å lovfeste pasientens rett til nødvendig helsehjelp. På den annen side er fritt sykehusvalg gjennomført i langt større grad i andre land, noe som dels skyldes flere private sykehus. Omtalen nedenfor er basert på en gjennomgang av andre lands erfaringer, utført av Senter for samfunns- og næringslivsforskning og gjengitt i rapporten Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak fra 2002.

Deklarasjoner

Deklarasjoner er et alternativ til lovfesting av rettigheter. Deklarasjoner er ikke rettslig bindende og er ment for å fremme pasienters rettigheter. Rettighetsdeklarasjoner er blant annet innført i Frankrike, Irland og Portugal. Inntil nylig hadde Storbritannia en pasientdeklarasjon som nå er erstattet av «Your Guide to the National Health Service». Hensikten med denne veiledningen er å klargjøre for pasientene hvilke rettigheter de har i helsesystemet i Storbritannia.

Pasientrettigheter i Sverige

Sverige er det eneste landet i Norden som ikke har en særskilt lov om pasientrettigheter, men pasienters rettigheter er nedfelt i ulike lover. Ifølge Hälso- och sjukvårdslagen av 1982 skal befolkningen ha lik tilgang til helse- og sykeomsorgstjenester innenfor de ressurser som er til rådighet. Befolkningen skal tilbys helsetjeneste av god kvalitet og som er lett tilgjengelig.

I 1998 la den svenske regjeringen fram en proposisjon om «Patientens ställning» hvor det ble foreslått å styrke pasientens rett til informasjon og å lovfeste retten til fornyet vurdering. Hälso- och sjukvårdslagen ble endret i januar 1999. Endringen innebærer en presisering av informasjonsplikten fra behandler til pasient, samtidig som pasienter får en større innflytelse over valget av behandlingen dersom det finnes flere behandlingsalternativer. Videre har pasienter med livstruende eller alvorlig sykdom rett til en fornyet vurdering av sykdommen (second opinion) hvor som helst i landet. Retten til fornyet vurdering forutsetter at pasienten står overfor valget om å gjennomgå en risikofylt behandling eller en behandling som påvirker framtidig livskvalitet.

De svenske helsemyndighetene har hvert år siden 1992 vedtatt tiltak for å forbedre pasienters tilgang til helsetjenesten. Siden 1997 er primærhelsetjenesten ansvarlig for å tilby pasientene hjelp samme dag, det vil si enten per telefon eller gjennom besøk. Dersom pasienten ikke får treffe en lege ved sin første kontakt med helsetjenesten, skal pasienten få time senest innen åtte dager. Om pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, det gis tilbud om dette så snart som mulig, og senest innen tre måneder. Ved alvorlige tilfeller skal pasienten få time senest innen en måned.

I Sverige er det innført fritt sykehusvalg innenfor den regionen man tilhører. Betingelsen for å kunne velge er at det foreligger henvisning fra primærlege som praktiserer i regionen. Valgfriheten er imidlertid begrenset for høyspesialiserte lands- og regionsykehusfunksjoner. Fra 1. juli 2001 kan pasienter som har en rekvisisjon fra Landtingsförbundet i prinsipp velge fritt blant spesialisthelsetjenester.

Pasientrettigheter i Finland

Finland har en egen lov om pasientrettigheter som ble innført i 1991[2]. Loven gjelder for både privat og offentlig helsetjeneste. Ifølge loven har pasienter rett til helsehjelp og behandling, rett til informasjon om helsetilstanden og behandlingsmulighetene, og selvbestemmelsesrett, det vil si pasienten kan avstå fra behandling. Videre inneholder loven bestemmelser om barns stilling, øyeblikkelig hjelp, pasientombud, klage og journalføring. Rett til helsehjelp innebærer for eksempel at pasient som ikke kan få umiddelbar hjelp, skal henvises til å vente på behandling eller skaffes behandling et annet sted der det er kapasitet. Pasienter kan velge blant sykehus i bostedskommunen som har inngått avtale med kommunen.

Pasientrettigheter i Danmark

Før lovfesting av pasientenes rettigheter i 1998 hadde Danmark ingen særskilt pasientlov, og pasientrettigheter var hjemlet i ulike lover. Den danske pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. oktober 1998[3]. Lovens formål er å styrke pasientens rettigheter overfor helsetjenesten ved å garantere større selvbestemmelsesrett og valgfrihet.

I Danmark ble fritt sykehusvalg allerede innført i 1993. Pasienter kan velge mellom alle offentlige

2. Lag om patientens ställning och rättigheter av 8. november 1991.
3. Lov om patienters rettsstilling. Lov nr. 482 af 01/07/1998.

sykehus i landet med lokalsykehusfunksjoner, og, med visse økonomiske begrensninger, ti private sykehus som samarbeider med det offentlige sykehusvesenet. Retten til å velge regionsykehus utenfor bostedsfylke er derimot begrenset og krever henvisning fra lokalsykehus. I årene etter 1993 var det ikke etablert en særskilt finansieringsordning for fritt valg-pasienter. Dette ble først etablert i 1998, og det økonomiske oppgjøret mellom amtene ble basert på DRG-systemet.

1. juli 2002 er pasientenes rett til fritt sykehusvalg utvidet i Danmark. Drivkraften bak dette er først og fremst et ønske om å redusere ventetidene. Dersom pasienten må vente mer enn to måneder på behandling ved hjemamtets sykehus, kan behandling velges ved et privat sykehus eller et sykehus i utlandet. Pasienten kan velge blant sykehus som amtet har inngått avtale med (avtalesykehus). Pasienten må selv dekke merutgifter ved reise til andre sykehus enn det man ble henvist til. Dersom det oppstår økte utgifter til behandlingen, skal dette dekkes av pasientens hjemamt. Amtets forpliktelser gjelder med andre ord selve pasientbehandlingen, men ikke økte reiseutgifter.

Tidligere (fra 1995) fantes en lovhjemmel for at sunnhetsministeren kunne fastsette regler om forsøksordninger for å sikre tilbud om bestemte operasjoner innen tre måneder. Den nye ordningen reduserer den maksimale ventetiden fra tre måneder til to måneder, og utvider valgmulighetene også til private sykehus og sykehus i utlandet.

Amtene skal samarbeide for å inngå avtale med private sykehus og klinikker i Danmark og i utlandet som ønsker det. Dersom partene ikke blir enige om vilkårene for en avtale, kan innenriks- og sunnhetsministeren sette vilkår for avtalen. Det kan ikke henvises pasienter til sykehus som ikke ønsker å inngå avtale på de fastsatte vilkårene.

Hjemamtet skal betale for pasientbehandlingen i tråd med inngåtte avtalevilkår. Dette vil innebære merutgifter for amtene. Dette vil imidlertid kunne bli kompensert ved at det er bevilget 1,5 mrd. danske kroner til meraktivitet ved sykehusene. Disse midlene vil bli fordelt etter DRG-systemet, og de vil bli bevilget til amtene uansett om aktiviteten skjer ved amtets egne sykehus, i andre amt eller hos private tilbydere.

Utvidelsen av rett til fritt sykehusvalg i Danmark er *ikke* en garantiordning. Det loves ikke behandling innen to måneder. Derimot utvider den mulighetene for pasienten til å henvende seg til private sykehus i Danmark og sykehus i utlandet. Rettigheten gjelder imidlertid ikke for psykiatrisk behandling eller for en rekke lavt prioriterte pasientbehandlinger, som organtransplantasjon, sterilisering, fertilitetsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetiske operasjoner, kjønnsskifteoperasjoner, eller opphold på rekonvalesenthjem. Ordningen gjelder heller ikke forskningsmessig, eksperimentell eller alternativ behandling. For livstruende sykdommer finnes det egne regler for frister.

4.5 Utvalgets vurderinger

I dette kapitlet har utvalget beskrevet institusjonelle, juridiske og økonomiske rammebetingelser for spesialisthelsetjenesten. Detaljer i beskrivelsen vil, i den grad det er behov for det, følge i diskusjonskapitlene i del III og IV.

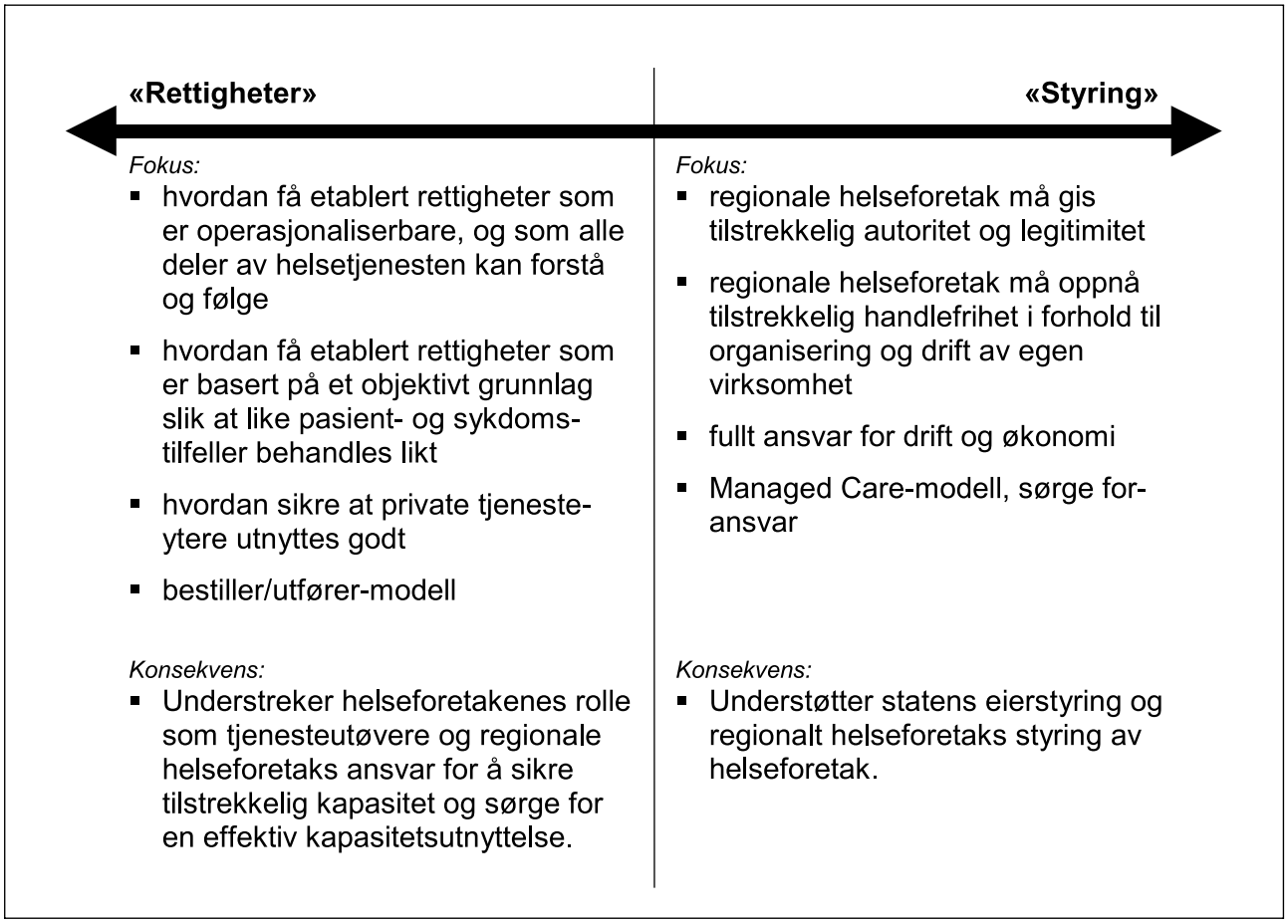
4.5.1 Rolleforståelsen hos staten og regionale helseforetak

Utvalget vil understreke at den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten og foretaksorganisering av virksomhetene fra 1. januar 2002 innebærer betydelig endring i spesialisthelsetjenestens rammebetingelser. Sykehusreformen har gitt staten en oppgradert styringsposisjon, med bedre muligheter for en helhetlig organisering, og til å samordne ressursbruken inn mot de prioriterte helsepolitiske målene. Omleggingen gir potensiale for mer koordinert bruk av de offentlige ressursene inn mot prioriterte helsepolitiske mål, både nasjonalt og regionalt.

Utvalget har i sitt arbeid registrert at både regionale helseforetak og helseforetak er i gang med planer og tiltak for å utnytte potensialet i den nye organisasjonsmodellen. Utvalget vil også understreke det ligger en betydelig utfordring i at staten har mange roller, både som myndighetsutøver, finansiør, eier og kontrollør. Dette kan både bidra til at styringssignalene blir uklare og til at systemet vil framstå som sentralisert. Det norske finansieringssystemet med staten som eneste finansieringskilde, er blant de mest sentraliserte. Tross betydelige endringene i institusjonelle forhold de siste årene, vil utvalget understreke at styringssystemet for spesialisthelsetjenestene fortsatt kan karakteriseres som et blandingssystem basert både på planlegging og styring og bruk av markedsimiterende elementer.

4.5.2 Styringsperspektivet og rettighetsperspektivet

Etter utvalgets vurdering eksisterer det et spenningsfelt mellom styring og rettigheter.



Figur 4.2 Pasientrettigheter og styring – to ulike perspektiv.

På den ene side er vedtaket om å etablere statlige helseforetak underlagt fem regionale helseforetak fra 2002 en klar vektlegging av statens eierrolle og styring gjennom eierskapet. Dette er fulgt av forutsetningen i lov om helseforetak om at regionale helseforetak har et sørge for-ansvar for regionens befolkning. På den annen side har regjeringen og Stortinget i årene før ansvars- og eierskapsreformen og i perioden etter etableringen av helseforetak lagt vekt på pasienters individuelle rett til å få behandling og rett til å velge.

Ansvars- og eierskapsreformen og pasientrettighetsloven har samme mål, nemlig en bedre og mer effektiv helsetjeneste til beste for pasientene Virkemiddelbruk og fokus er imidlertid forskjellig, og kan inneholde innbyrdes motsetninger og konflikter. Styrkede pasientrettigheter og rett til fritt sykehusvalg innebærer et helsepolitisk fokus på den enkelte pasient. Regionale helseforetak kan, ut fra sykehusreformens formål om en effektiv og likeverdig helsetjeneste, måtte ta økonomiske og kollektive hensyn, som kan komme i motstrid til individuelle pasientrettigheter. De to perspektivene presenteres skjematisk i figur 4.2.

Som illustrert i figuren representerer rettighetslinjen et helsepolitisk ytterpunkt der pasientenes rettigheter vektlegges, mens styringslinjen et annet ytterpunkt der handlefrihet og styringsmuligheter for tjenesten er i fokus.

Spørsmålet som utvalget reiser, er om de siste års helsepolitiske beslutninger har tatt hensyn som lar seg forene, og om det er muligheter for et finansieringssystem som fullt ut ivaretar pasientens rett til å få finansiert sine rettmessige valg, og som også understøtter en kostnadseffektiv og god styring av regionale helseforetak og helseforetak.

Det juridisk-administrative fokus i den nye helselovgivningen er i første rekke i tråd med helsepolitiske ønsker om å høyne pasientens status i møtet med helsevesenet. Samtidig har myndighetene ikke hatt ønske om å sentraldirigere samlet kapasitet i helsevesenet eller å legge regler for prioritering av pasienter. I stedet er prioriteringen overlatt til de medisinsk-faglige ansvarlige i sykehusene. I tillegg kommer et desentralisert ansvar for kapasitet og kapasitetsutnyttelse, som setter en begrensning i pasientens rett til nødvendig helsehjelp.

Rettighetsbaserte og foretaksbaserte finansieringssystemer vil på en slik bakgrunn framstå som ytterpunkter. I et rettighetsbasert system vil pasientenes rettigheter og rett til fritt sykehusvalg betraktes som en grunnleggende premiss for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Det motsatte ytterpunkt tar utgangspunkt i behovene for styring av helseforetakene, og lar finansiering av regionale helseforetak primært understøtte styringsbehov og behov for kostnadseffektiv og rasjonell (og innenfor ressursrammen en mer omfattende) produksjon av helsetjenester. En mellomløsning vil være å la ivaretakelse av pasientrettighetene være en tilleggsoppgave, som finansieres som et supplement eller en korreksjon til den foretaksrettede finansieringen.

Et eksempel på konflikt mellom styrings- og rettighetsperspektivet kan være når et regionalt helseforetak har ledig kapasitet på et område, og dermed lave kostnader forbundet med å ta inn flere pasienter, mens en betydelig andel pasienter ønsker seg til andre sykehus utenfor sin region, eller til sykehus som ikke har avtale med det regionale foretaket. En rettighetsbasert finansiering vil i så fall ha som oppgave å understøtte pasientenes valg, og i mindre grad understøtte det behovet regionalt helseforetak har for rasjonell kapasitetsutnyttelse. Administrativt og juridisk legger helseforetaksloven opp til at regionalt helseforetak skal utøve samlet styring og kontroll. Når regionalt helseforetak i tillegg er tillagt et sørge for-ansvar for den enkelte innbygger i sin region, representerer de lovfestede rettighetene gjennom den øvrige helselovgivningen en betydelig styringsmessig og økonomisk utfordring.

Den videre drøfting av konsekvenser for finansieringen av spesialisthelsetjenesten er behandlet i kapittel 19.

Kapittel 5
Kritiske blikk på spesialisthelsetjenesten

5.1 Innledning

I dette kapitlet diskuteres kritiske områder ved dagens finansiering av spesialisthelsetjenesten sett fra ulike perspektiv. Utvalget har i sitt arbeid møtt representanter fra pasientorganisasjoner, helseforetak og regionale helseforetak, universiteter og høgskoler, forskningsmiljøer og fagorganisasjoner. I tillegg har utvalget mottatt en rekke muntlige og skriftlige henvendelser fra ulike hold. Ut fra bakgrunn og ståsted har brukerrepresentantene ulike innfallsvinkler og syn, og utvalget vil i dette kapitlet få fram noe av spennvidden i synspunktene.

Først i kapitlet beskrives brukernes perspektiv, deretter helsetjenestens og universitetenes og høgskolenes perspektiv. Til slutt presenteres statens perspektiv under overskriften et styringsmessig perspektiv. Utvalget presenterer ytterligere dokumentasjon og egne vurderinger av de fleste områdene i innstillingens del III og IV.

5.2 Brukernes perspektiv

Utvalget har møtt representanter fra ulike pasientorganisasjoner, og beskrivelsen i dette avsnittet er basert på hvordan deres budskap er mottatt og forstått av utvalgets medlemmer. Det eksisterer av flere grunner ingen brede, systematiske brukerundersøkelser eller annen autoritativ framstilling av brukernes opplevelse av problemer ved dagens finansieringsordning. Omtalen her er derfor, i høyere grad enn for de øvrige aktørene, uttrykk for utvalgets forståelse av organisasjonsrepresentantenes framstilling av problemene.

Pasientorganisasjoner og enkeltpersoner som har vært i kontakt med utvalget, har samlet sett fokusert spesielt på følgende områder:

- sykehusene fokuserer i økende grad på økonomi og lønnsomhet
- pasientrollen er i endring
- samarbeidet i helsetjenesten er mangelfullt

5.2.1 Fokus på økonomi og lønnsomhet

Et generelt inntrykk er at de fleste pasientorganisasjonene beskriver et økt fokus på økonomi og finansieringsspørsmål blant helsepersonell. I tillegg beskrives denne tendensen som tiltakende de senere årene. Spesielt mener pasientorganisasjonene at det er stor oppmerksomhet i norske sykehus om hvilke typer pasienter som er «lønnsomme» i ISF, og hvilke som er ulønnsomme for sykehusene. Påstanden er at spesialisthelsetjenesten i økende grad prioriterer de friskeste pasientene med enkle lidelser og kort liggetid, mens pasientgrupper med kroniske lidelser eller funksjonshemninger, nedprioriteres. Tilsvarende prioriteres aktiviteter som gir økonomisk uttelling, mens aktiviteter som ikke gir høyere inntekter, avvikles eller reduseres i omfang.

Tre eksempler illustrerer dette:

- Norsk Revmatikerforbund peker spesielt på at selv om alle sykehus har plikt til å yte nødvendig undervisning og pasientopplæring, er ikke dette en lønnsom aktivitet for sykehusene.
- Norges Astma- og allergiforbund framholder at astmaanfall utgjør den største andelen av akuttinnleggelser blant barn i sykehus, og at dette fungerer godt fordi akuttinnleggelser prioriteres høyt og er gitt en god finansiering innenfor ISF. Mange barn og unge har imidlertid stort behov for å få et behandlings- og rehabiliteringstilbud av mer langvarig og forebyggende karakter. Slike tilbud har ikke samme gunstige finansiering, og forbundet mener at hele finansieringen av kroniske sykdommer bør sees særskilt på.
- Mental Helse viser til at god dialog og forpliktende samarbeid mellom faggrupper og mellom de ulike delene av helsetjenesten vanskeliggjøres av at fokus i sykehusene i første rekke rettes mot aktiviteter som utløser ekstra inntekter.

5.2.2 Pasientrollen i endring

Pasientrollen er i endring, og framtidas pasient vil stille sterkere krav til helsetjenesten enn i dag.

Dette tolkes som et relativt enhetlig budskap fra pasientenes organisasjoner, og følgende vektlegges:

- Pasienter er mer aktive i å tilegne seg kunnskap enn før, og stiller større krav til helsepersonell om å gi god faglig informasjon.
- Pasienter har i dag større bevissthet om sin rolle som kunder i et økonomisk system. Pasientens status og rettigheter vektlegges, og pasienter betrakter i større grad enn før helsetjenesten som en tjeneste på linje med andre tjenester i samfunnet. Av dette følger blant annet at økte forventninger om å bli møtt som likemann med en god og åpen dialog, i stedet for å bli betraktet som en passiv mottaker, samt økt forventning om retten til å kunne velge mellom ulike tjenesteytere.
- Samtidig øker pasientenes forventninger til behandlingsmuligheter, kvalitet og økonomiske ressurser i helsetjenesten.

5.2.3 Tilgjengelighet og samhandling

Mangelfull samhandling mellom ulike aktører og ulike nivåer i helsetjenesten oppleves som et problem av de fleste pasientorganisasjonene, og flere framholder også at det forvaltningsmessige skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skaper friksjoner og gap der tilbud mangler.

Eksempler gis på at tilgjengeligheten oppleves som god og kanskje *for god* innenfor enkelte områder: Enkelte viser til at man i mange sammenhenger ser en tendens til *lavere terskel* for å henvises til sykehus enn før. Dette gjelder særlig ved plutselige symptomforverringer og ved akutte lidelser. Flere pasientorganisasjoner har dessuten framholdt at manglende lokale helsetjenester fører til at primærleger skyver pasienter over i spesialisthelsetjenesten,. I tillegg medfører manglende lokale tilbud i mange sammenhenger til hyppige reinnleggelser, noe som verken anses som fornuftig eller ønskelig fra pasientenes side. Reinnleggelser anses som en belastning så vel for den enkelte pasient personlig som for samfunnet som helhet.

For øvrig skaper manglende kapasitet i primærhelsetjenesten opphopningsproblemer i sykehussektoren: Mange pasienter opplever at de blir liggende på sykehus i påvente av at kommunen skal finne ledig kapasitet i sitt tjenestetilbud, og den enkelte sitter gjerne igjen med følelsen av å være både uønsket som pasient og en utgiftspost.

Motsatt framholdes det av enkelte at spesialisthelsetjenesten er *lite tilgjengelig,* og mange pasientorganisasjoner er kritiske til at tjenestetilbudet for pasienter som *ikke* er syke nok for sykehus, er mangelfullt. Det gjøres blant annet for lite for å bedre helsetilstanden for personer som går lenge med smerter og plager uten at det oppstår akutte tilstander. Diagnostiseringsproblemer og ikke-akutte smerte- og sykdomstilstander medfører som oftest at man har vanskelig for å komme til, og at ventetiden på spesialist i verste fall kan være ett til to år.

Ventetider på behandlinger er ofte en stor belastning for den enkelte:

- Lang ventetid for å komme til spesialist er blitt trukket fram av flere av pasientorganisasjonene. Tilgangen til spesialister anses for å være svært dårlig enkelte steder i landet og innenfor lidelser der antall spesialister er lite.
- I tillegg til den belastningen den enkelte opplever i selve ventetiden, ble det påpekt at køer i seg selv skaper utrygghet. Det oppleves som usikkert om man har tilstrekkelig tilgang på spesialist og sykehusbehandling dersom man skulle trenge det, og følelsen av å være upopulær som pasient forsterkes av at ventetidene er lange.
- I tillegg kommer kostnadene samfunnet har til trygdeutbetalinger for sykefravær når pasientene er sykmeldte mens de må vente på behandling eller undersøkelse ved sykehus.

I en undersøkelse gjennomført av Sintef Unimed ble de bedriftsøkonomiske kostnadene ved sykefravær beregnet til 1700 kroner per sykedag (Hem 2000). I dette beløpet inngår blant annet utgifter til overtid og vikarer. Over halvparten av beløpet – 1000 kroner – representerer tapt produksjon, noe som må sies å være en samfunnsøkonomisk kostnad. De samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved alt sykefravær er på denne måten beregnet til omtrent 47 mrd. kroner i året.

En annen studie ved Sintef Unimed viser at minst seks prosent av fravær utover 14 dager (langtidssykefravær) skyldes helsekøene. Det ble forutsatt at alle ventetider ved sykehus, spesialister og fysioterapeuter ble redusert til i gjennomsnitt fire uker. Seks prosent av langtidssykefravær utgjør om lag 1,2 millioner fraværsdager (Hem, Lippestad og Eide 1998). Ikke alle som står i kø er yrkesaktive eller sykmeldte, og heller ikke alle køene bidrar til å forlenge sykefraværet. På grunnlag av denne studien ble det imidlertid anslått at unødige køer påfører et brutto samfunnsøkonomisk tap på om lag 1,2 mrd. kroner hvert år.

I løpet av 2002 er det vist at det registrerte antall ventende er på vei *ned.* Ved utgangen av august 2002 var det en nedgang på mer enn 7 prosent av totalt antall pasienter som står på venteliste for

behandling eller utredning, sett i forhold til samme tidspunkt i fjor. Ventelistedata per 31. august 2002 viser at det totalt er omkring 20 000 (vel 7 prosent) færre ventende enn ved samme tidspunkt i fjor. Antall langtidsventende (ventet mer enn 1 år) er gått ned fra drøyt 46 000 i fjor høst til 29 000 høsten 2002, en nedgang på 37 prosent. Totalt antall ventende er redusert i alle helseregionene, unntatt helseregion sør, der det er en moderat økning. Antall langtidsventende er redusert i alle helseregionene. Den største nedgang i antall ventende er skjedd i helseregion midt-Norge, med mer enn 6000 færre i kø.

Nedgangen i antall ventetid berører både somatikk og psykiatri. Innen somatikken omfatter nedgangen praktisk talt alle fagområdene, og gjelder særlig poliklinisk behandling. Størst var nedgangen innen fagområdene kvinnesykdommer og øyesykdommer (om lag 3500 på hver). Innenfor psykisk helsevern har antall nyhenvisninger økt betydelig den senere tiden, og behandlingsaktiviteten har holdt tritt med tilstrømmingen av nye pasienter. Ventetiden for de som har fått behandling er moderat redusert. Antall ventende barn og ungdom er uendret sammenliknet med samme periode i fjor, men det er en moderat økning i antall ventende voksne. Gjennomsnittlig ventetid for voksenpsykiatri er nå 59 dager og for barne- og ungdomspsykiatri 90 dager. Ventetiden for barn og ungdom er redusert med 6 dager fra i fjor.

Den gjennomsnittlige ventetiden for *alle* pasienter der behandling eller utredning er påbegynt (ordinært avviklet fra venteliste) er tilnærmet uendret fra 2. tertial 2001 til samme tidspunkt i 2002 (henholdsvis er nå 86 og 87 dager). At tallet ikke er redusert, kan til en viss grad tilskrives at mange som har ventet lenge er blitt behandlet i denne perioden. Det antas derfor at tallene vil endre seg når sykehusene har tatt unna de som har ventet lenge.

5.3 Helsetjenestens perspektiv

I dette avsnittet diskuteres kritiske sider av dagens finansiering ut fra perspektivet til helseforetak og regionale helseforetak.

Utvalget har i sitt arbeid fått innspill fra enkeltpersoner i helsevesenet, samt fra faggrupper og fagorganisasjoner. I tillegg har utvalget hatt møte med representanter fra samtlige regionale helseforetak, enkelte helseforetak, de fleste private sykehus og de største fagorganisasjonene. Utvalget har dessuten fått utført en egen studie basert på samtaler med alle nivåer i fem sykehus på Østlandet, der fokus har vært hvilke utfordringer sykehusene opplever i sin interne styring, og hvilken tilknytning utfordringene har til den eksterne finansieringen. I tillegg har utvalget støttet seg på en studie av to sykehus i Helse Bergen, utført av PricewaterhouseCoopers DA i samarbeid med Program for helseøkonomi ved Universitetet i Bergen. Resultater fra disse studiene følger i dette avsnittet.

5.3.1 Helseforetakenes perspektiv

I hovedsak har innspillene fra helsepersonell og fra helseforetakene konsentrert seg om følgende:

- Helseforetakene har et overordnet behov for langsiktighet, forutsigbarhet og enkelhet.
- Helseforetakene ønsker også insitament til produksjon og effektivitet, og ber om at finansieringssystemet må legge til rette for god intern styring.
- Erfaringene med ISF er at man de siste årene har fått en økt fokusering på økonomi i sykehusenes prioritering av aktiviteter og innen pasientbehandlingen.
- Dagens finansiering er i for liten grad ordentlig forankret i de medisinsk-faglige miljøene i sykehus.
- Dagens finansiering er i for liten grad tilpasset den raske medisinsk-tekniske utvikling, og gir i tillegg en mangelfull finansiering av særskilte funksjoner.

Langsiktighet, forutsigbarhet og enkelthet

Manglende langsiktighet. Statlige bevilgninger gis for ett budsjettår, uten forpliktelser for senere år. Det er svak tradisjon i Norge for forpliktende beslutninger fra staten som går utover det enkelte budsjettår. De avtaler som sykehus inngår med eksterne leverandører og egne ansatte, har imidlertid ofte lenger varighet enn det enkelte budsjettår. I tillegg har de fleste viktige beslutninger om kapasitet, investeringer og bemanningen konsekvenser som er vanskelige å reversere på kort tid. Samarbeidsregjeringen nedsatte høsten 2001 et offentlig utvalg som har fått i oppdrag å vurdere mulighetene for en budsjettering over flere år, og vurdere hvordan slike budsjetter eventuelt kan gjøres bindende.

Manglende forutsigbarhet. Når statlige budsjettrammer ikke fastsettes endelig før langt ute i budsjettåret, svekkes sykehus- og økonomiledelsens autoritet i forhold til oppfølging av interne planer for å holde vedtatte budsjettrammer. Tilleggsbevilgninger og usikkerhet omkring mulige endrin-

ger svekker ledelsens styringsmuligheter og bidrar til svak budsjettdisiplin.

Kompleksiteten svekker innsikt i egne kostnader og inntekter. Sykehusenes egen innsikt i hvilke kostnader og inntekter som følger av å redusere eller øke en bestemt aktivitet, er ofte mangelfull. Mulighetene begrenses dessuten av at finansieringssystemet oppfattes som komplisert, og det er vanskelig å orientere seg og finne ut hvilke inntekter som utløses av en bestemt aktivitet.

Kritikken har særlig vært knyttet til endring i enhetspris og kostnadsvekter, til krypregler (som nå er fjernet) og til endring i poliklinikktakster. Konsekvensene har vært at enkelte sykehus har planlagt ut fra andre rammebetingelser enn de faktiske. På denne måten har ISF vanskeliggjort sykehusenes planlegging og styring av egen økonomi.

Insitament til produksjon og effektivitet

Overfor utvalget har helsepersonell og representanter fra helseforetakene uttrykt at de har behov for insitament til produksjon og effektivitet. Enkelt sagt er dette uttrykt som at «det må lønne seg å kunne vise til resultater».

Insitament til god intern styring

Dagens finansieringssystem oppfattes i for liten grad å understøtte sykehusenes interne styring. Dette har derfor vært tema for en kvalitativ analyse og dybdestudie utvalget har fått gjennomført våren 2002. Studien ble utført av konsulentfirmaet Accenture ANS, og tok utgangspunkt i styringsutfordringer ved fem sykehus på Østlandet. Studien er basert på samtaler og spørreundersøkelser med tre store sykehus og to mindre sykehus, og samtalene har vært ført med sykehusenes ledelse, med økonomiledelsen og med klinisk ledelse. Fokus har særlig vært rettet mot hvordan sykehusenes interne styring skjer og identifisere tiltak for å bedre styringen.

Sammenfatning av viktige funn

Styringsprosesser

- Styringsprosessen lider av svakheter på alle nivåer.
- Manglende realisme i budsjetteringen fulgt av stadige tilleggsbevilgninger gir svak troverdighet, svak legitimitet og svekker ledelsens autoritet i den interne budsjettprosessen på sykehusene.
- Et flertall av sykehusene opplever at kravene til effektivisering og innsparing årlig settes så høyt at de ikke er mulige å oppfylle. Et flertall av sykehusene i denne studien har store utfordringer i forhold til budsjettdisiplin og styring innenfor tildelte budsjettrammer.
- Dialogen i budsjettprosessen er i mange tilfeller mangelfull, og sykehusledelsens virkelighetsoppfatning er ofte en annen enn oppfatningen hos avdelingsledelsen.
- Kontraktsstyring er på vei inn som styringsverktøy i mange sykehus.
- Kun i begrenset grad styrer sykehusene den kliniske aktiviteten innenfor gitte aktivitetskrav.

Rapporteringsprosesser

- Ingen av sykehusene har noen prosedyre for å beregne kostnader ved produksjonsendringer. Det er derfor vanskelig å finne ut hva som er kostnadseffektivt for sykehusene. Ett sykehus har utført egne beregninger, og er i ferd med å utvide disse.
- Sykehusene har likevel klare oppfatninger om hvilke pasientgrupper og diagnoser som er underfinansiert. Grunnlaget for disse oppfatningene er erfaring og kompetanse. Spesielt pekes det på at terminale pasienter, kreftpasienter som er avhengig av dyr poliklinisk behandling og kronikere som underfinansierte grupper.
- Det er økonomien, og ikke kapasiteten, som setter begrensninger for sykehusenes aktivitet. For enkelte sykehus oppfattes i tillegg organiseringen og bruken av de ansatte som en kapasitetsbegrensning. Studien bekrefter imidlertid ikke at det er skjedd noen endring i legenes vaktplaner som har medført en kostnadsøkning for sykehusene.
- Sykehusenes tilgang til personell er ikke optimal. På den annen side betraktes ikke tilgangen til leger som en flaskehals av noen av sykehusene. Tilgangen til godt kvalifiserte sykepleiere, og spesielt spesialsykepleiere, ble imidlertid framhevet som vanskelig.
- Ferdigbehandlede pasienter som blir liggende i sykehus blir trukket fram som en faktor som skaper flaskehalser av flertallet av sykehusene.
- Det er store forskjeller i vektleggingen av økonomisk kompetanse og i organiseringen av denne type kompetanse i sykehusene.

Erfaringene med ISF

Erfaringene med ISF tyder på at helseforetakene har opplevd en økt fokus på økonomi i sine prioriteringer av aktiviteter, og en økt fokus på hva som lønner seg i prioriteringen mellom pasienter. Dette

budskapet framholdes av representanter fra flere helseforetak, og er i overensstemmelse med det budskapet utvalget har møtt fra mange pasientorganisasjoner.

I første rekke vises det til at man ved inntak av pasienter er mer bevisst hvilke lidelser som gir høy inntektsmessig uttelling. Videre er man mer bevisst hvilke pasienter som kan behandles som dagpasienter eller som kan behandles poliklinisk.

Oppfatningen av ISF er for en stor del at denne finansieringsordningen gir bedre økonomisk uttelling for lette opphold enn for tyngre heldøgnsopphold. I tillegg oppfattes uttellingen å være svært god for dagkirurgi, mens ulike former for ikkekirurgisk dagbehandling anses for å gi så dårlig uttelling at det hevdes at man for en stor del forsøker å legge slike pasienter inn på sengeavdelingene.

Bekymringen for *pasientgrupper* det ikke knytter seg spesielt høye inntekter til, og der behandlingen er sammensatt, krevende og gjerne langvarig, er svært stor blant mange typer helsepersonell, og har resultert i mange henvendelser til utvalget. Personer med kroniske lidelser, eldre med sammensatte lidelser og funksjonshemmede barn med habiliteringsbehov er eksempler på grupper som er trukket fram i disse henvendelsene. Av *funksjoner* på sykehus som kritiseres for å være særlig underfinansiert, kan blant annet nevnes ambulant behandling, pasientopplæring og undervisning av pårørende, tverrfaglig samarbeid, samt behandlingsformer og tiltak der lege i liten grad deltar, og der polikliniske takster derfor ikke kan benyttes.

Mangelfull forankring og tilpasning til den medisinsk-tekniske utvikling

Et synspunkt som trekkes fram i møte med helsepersonell og i møte med helseforetakene, er at grunnlaget for både ISF og polikliniske refusjoner mangler forankring i medisinsk-faglige miljøer. Det oppfattes ikke å være god nok sammenheng mellom de faktiske utgiftene en avdeling har for å behandle en spesifikk pasient og den finansieringen sykehuset mottar.

Den teknologiske utviklingen innenfor medisinen er dessuten rask, og åpner nye behandlingsmuligheter.

- På grunn av begrensede økonomiske ressurser presses sykehus til å utsette nye behandlingsmetoder eller utsette bruk av nye og dyrere medisiner. Dette er prioriteringer som etter deres syn burde vært tatt på et høyere nivå, der statlige myndigheter gir klare retningslinjer for når nye metoder og legemidler skal tas i bruk, og med tilhørende finansiering.
- Endringer i behandlingsmetoder skjer raskt, og er vanskelig å tilpasse til den årlige budsjettbehandlingen. En ny og kostbar behandlingsform kan være samfunnsøkonomisk lønnsom, men for sykehuset er det usikkert om økte behandlingskostnader vil bli kompensert.

Mangelfull finansiering av særskilte funksjoner

Utvalgets inntrykk er at spesielt universitetssykehusene anser landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra for å være underfinansiert og underlagt uklare rammebetingelser. Spesielt henvises det til at kostnadene knyttet til behandling av pasienter innenfor lands- og flerregionale funksjoner både gir stor variabilitet i utgiftsbildet, og at DRG-inndelingen og den økonomiske uttellingen i ISF i liten grad er tilpasset de høye kostnadene som i mange tilfeller er knyttet til slik behandling.

Dette er gitt en nærmere omtale i kapitlene om høyspesialiserte funksjoner i innstillingens del III.

5.3.2 Perspektivet til regionale helseforetak

Kritikk fra regionale helseforetak av dagens finansieringssystem er særlig knyttet til følgende forhold:

- risikodelingen mellom stat og regionale helseforetak
- mekanismer som understøtter modellen for regionale helseforetak
- geografisk fordeling av bevilgninger

Regionale helseforetak har fått utført to studier som begge beskriver erfaringer med finansieringssystemet, og som beskriver utformingen av et nytt finansieringssystem for regionale helseforetak. Disse studiene er nærmere omtalt senere i dette avsnittet.

Risikodeling mellom stat og regionale helseforetak

Hovedelementene i finansieringen av regionale helseforetak er den statlige basisbevilgningen og innsatsstyrt finansiering (ISF). Gjennom basisbevilgningen får regionale helseforetak en rammeoverføring som skal brukes til å sikre befolkningen godt helsetilbud blant annet innen psykiatri. Gjennom ISF mottar regionale helseforetak stykkprisbetaling for somatisk pasientbehandling.

Siden mange av tjenestene finansieres gjennom en rammeoverføring, er det regionale helseforetak

som selv bærer den økonomiske risikoen for kostnadsoverskridelser, det vil si når planlagte aktiviteter blir dyrere enn forutsatt av staten. Dette gjelder også kostnadsøkninger som regionale helseforetak selv ikke kan kontrollere, for eksempel sentrale lønnsoppgjør. I tillegg hevdes det at refusjonssatsen på ISF-betalingen er for lav til å dekke merkostnadene ved økt pasientbehandling innen somatiske lidelser. Hvis så er tilfelle vil regionale helseforetak bli sittende med den økonomiske risikoen for kostnadsoverskridelser også for økt pasientbehandling innen somatikk.

Mekanismer som understøtter modellen for regionale helseforetak

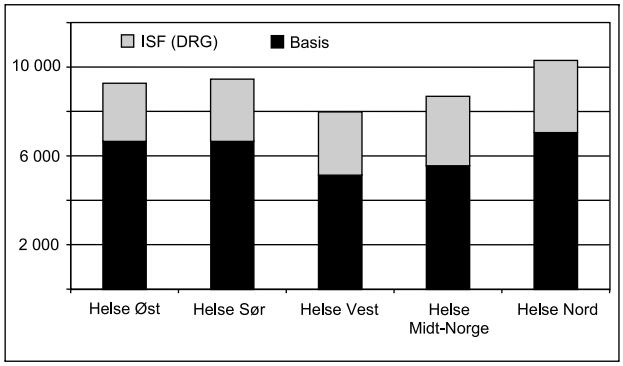
Dagens finansieringen av spesialisthelsetjenesten er fragmentert. For eksempel finansieres pasientbehandling innen somatikk både gjennom basisbevilgningen til regionale helseforetak, ISF-refusjoner og poliklinikkrefusjoner fra Rikstrygdeverket. I tillegg er en del av bevilgningene øremerket. Dette virker byråkratiserende og utfordrer dagens styringsmodell.

Regionale helseforetak har derfor påpekt av det er behov for å forenkle dagens ordning, for eksempel gjennom å integrere poliklinikkfinansieringen i DRG-systemet.

Geografisk fordeling av bevilgninger

I Ot. prp. 66 (2000–2001) er det lagt til grunn at dagens finansieringsordninger i hovedsak skal videreføres i 2002. Dette innebærer at sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter og bevilgninger til de tidligere statssykehusene tilføres regionale helseforetak. Dette medfører at den geografiske fordelingen av antall helsekroner per innbygger i de ulike helseregionene videreføres. Det har vært argumentert for at denne fordelingen ikke er rettferdig, og at det er behov for å omfordele midler mellom de helseregionene. Det henvises også til Sem-erklæringens kapittel 11 hvor det står at det vil bli foretatt justeringer i oppgjøret for å rette opp skjevheter som rammer enkelte fylker.

Figur 5.1 viser den regionale fordelingen av dagens basisbevilgning av ISF-betaling mellom helseregionene.



Figur 5.1 Fordeling av økonomiske ressurser til regionale helseforetak i 2002. Kroner per innbygger.

Kilde: Helse Vest 2002.

Regionale helseforetaks anbefalinger til nytt finansieringssystem

Som innspill til utvalgets arbeid har regionale helseforetak i samarbeid med arbeidsgiverforeningen NAVO finansiert to eksterne utredninger av en framtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten. De to utredningene peker på ulike løsninger for statens finansiering av regionale helseforetak, henholdsvis en stykkprisfinansiering fra staten og en kommunebasert modell med rammefinansiering. Rapportene kan finnes på institusjonenes hjemmesider:

- Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak. Afsaneh Bjorvatn, Egil Kjerstad, Jan Gaute Sannarnes og Kjell J. Sunnevåg, Samfunns- og næringslivsforskning AS, SNF-rapport 34/02, september 2002.
- Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus. Dag Morten Dalen, Jostein Grytten og Rune J. Sørensen, Handelshøyskolen BI og Universitet i Oslo, BI forskningsrapport 16/2002, september 2002.

5.4 Private aktørers perspektiv

I møte med private sykehus og private spesialister er det særlig blitt framhevet følgende punkter overfor utvalget:

- Organisering og produksjon innenfor private sykehus er langt mer effektiv og strømlinjeformet enn i offentlige sykehus. Det er derfor betydelig potensiale for kostnadsbesparelser for staten hvis det legges til rette for større innslag av privat spesialisthelsetjeneste. For pasientene er det tilsvarende potensiale for reduserte ventetider.
- Staten bør i størst mulig grad legge samme vilkår til grunn i finansieringen av private som offentlige helsetjenester. Flertallet av private tjenesteytere ser seg samtidig best tjent med at finansieringsstrømmene fra staten går direkte til

den enkelte tjenesteyter, slik situasjonen i dag er med hensyn til takstsystemet for private avtalespesialister.

- Forutsigbarhet og langsiktighet er nødvendig i fastlegging av statlige finansieringsordninger, og i fastleggingen av avtaler med regionale helseforetak. Private tjenesteytere har behov for å kunne planlegge sin virksomhet. Blant annet kan ikke kostbare utstyrsinvesteringer foretas uten at det foreligger en viss trygghet for inntekter over flere år. Flere peker på at de er sårbare for endringer i finansieringsordninger som kunngjøres kort tid før de iverksettes. Det er behov for stabile rammebetingelser, og det er behov for at endringer varsles tidlig. De fleste ser svært positivt på at regionale helseforetak tar initiativ til avtalebaserte forhold til private sykehus og private spesialister. Det understrekes imidlertid at store volumøkninger fordrer ansettelser av eget personell. Det er derfor behov for flerårige avtaler med mulighet for rasjonell tilpasning av omfang og sammensetning av personell.
- Pasientens valgfrihet styrkes best ved at pasienten gis rett til direkte henvisning til privat tjenesteyter, uten at et offentlig helseforetak skal vurdere egen kapasitet eller behov for å benytte private. Direkte henvisning fra primærlege anses som en grunnleggende rettighet i samband med fritt sykehusvalg. Statlige myndigheter må sørge for effektive informasjonstjenester som opplyser om tilgjengelighet hos både offentlige og private tjenesteutøvere.
- Antall private sykehus i Norge er svært lite, og sengekapasiteten er begrenset. Private sykehus har oppnådd gevinster gjennom effektiv organisering og produksjon. Dersom denne gevinsten skal kunne utnyttes, må det offentlige godkjenne flere private sykehus, og tillate flere senger.
- Rollen til regionale helseforetak må avklares nærmere. Enkelte private tjenesteytere framholder at regionale helseforetak skaper uklarhet ved at de både opptrer som bestillerorganisasjon i forhandlinger med private sykehus, og ved at de opptrer som beskyttende eiere i forhold til sine datterforetak.
- Etter 1. januar 2002 forvalter regionale helseforetak avtalene med private spesialister, laboratorier og røntgeninstitutt. Samtidig er regionale helseforetak selv eiere av institusjoner som yter samme type tjenester. De private aktørene frykter derfor at regionale helseforetak kommer i en monopolsituasjon, og at de private dermed får dårligere driftsvilkår.

5.5 Universitetenes og høgskolenes perspektiv

Universitetene og høgskolene har i møte med utvalget fokusert på følgende problemer:

- hvorvidt funksjonstilskuddet i tilstrekkelig grad er kommet forsknings- og undervisningsaktivitetene ved regionsykehusene til gode
- at universitetene må få reell innflytelse over øremerkede midler til forskning og undervisning
- at manglende finansiering gjør det vanskelig å skaffe nok praksisplasser til høgskolestudenter.

5.5.1 Brukes funksjonstilskuddet til forskning og undervisning?

Riksrevisjonen avga i mars 1998 en antegnelse til Stortinget om funksjonstilskuddet i regionsykehustilskuddet. Manglende oppfølging og resultatmåling fra Sosial- og helsedepartementets ble påpekt. Riksrevisjonen stilte i sin konklusjon spørsmål om funksjonstilskuddet i tilstrekkelig grad hadde kommet forsknings- og undervisningsaktivitetene ved regionsykehusene til gode. Etter deres vurdering burde forsknings- og utviklingsprosjekter synliggjøres på avdelingsnivå ved hvert regionsykehus. Det burde stilles krav om at avdelingene ved årets utgang legger fram regnskap og rapporter om prosjekter som er startet og/eller gjennomført, og om oppnådde resultater. Det skulle etter Riksrevisjonens vurdering ikke by på nevneverdige problemer når avdelingene allerede gjennomfører tilsvarende opplegg for forskningsprosjekter med ekstern finansiering, bl.a. av Norges forskningsråd.

Fra universitetenes side er det overfor utvalget påpekt at de forhold som lå til grunn for Riksrevisjonens anmerkninger ikke er endret.

5.5.2 Samarbeidsorganets rolle

I instruksen til styrene i regionale helseforetak er det nedfelt at regionale helseforetak skal sørge for at universiteter kan ta del i planlegging av virksomhet som berører forskning og undervisning, samt at det skal opprettes samarbeidsorgan med universiteter for drøfting av saker av felles interesse (jf. §§ 6 og 7 i instruksen). De samme paragrafene regulerer forhold mellom regionale helseforetak og høgskoler når det gjelder forskning og undervisning.

Universitetene påpekt at samarbeidsorganet bør være sammensatt og ha tilstrekkelig fullmak-

ter til at universitetsrepresentantene får reell innflytelse over disposisjonen av øremerkede tilskudd til forskning og undervisning, på lik linje med representantene for regionale helseforetak. Målet må være å få til en organisering som gir samarbeidsorganet en faglig og koordinerende rolle og ivareta universitetssykehusets samlede interesser.

5.5.3 Manglende finansiering gjør det vanskelig å skaffe nok praksisplasser til høgskolestudenter

Høgskolene opplever det problematisk å skaffe nok praksisplasser til studentene. Sterk vekst i antallet studenter, og en forlengelse av praksisperioden for sykepleierne (utvidet fra 40 til 50 uker fra 2000) har bidratt til å gjøre dette vanskeligere. Mens praksisplasser for medisinerstudenter finansieres særskilt over regionsykehustilskuddet, eksisterer ingen tilsvarende statlig finansiering av praksisplasser for sykepleiestudenter.

5.6 Et styringsmessig perspektiv

Styringsperspektivet kan drøftes på såvel nasjonalt som lokalt nivå. Staten representert ved regjeringen og Stortinget ønsker å kunne prioritere mellom ulike sektorer. Det er derfor nødvendig å ha en styring med hvor mye ressurser som går til ulike formål. Det vil være uheldig hvis finansieringssystemet ikke gir kontroll med utgiftsnivået i sykehussektoren. Større utgifter enn forutsatt vil gå på bekostning av andre prioriterte formål. Dette omtales i avsnittet om kostnadskontroll.

Det er avgjørende at finansieringssystemet stimulerer til at ressursene som faktisk tilføres sektoren, utnyttes på best mulig måte. Staten må legge til rette for dette gjennom rammebetingelsene. Målrettet og enhetlig styring og finansiering av helsetjenestene er nødvendig. Det skal ikke være tvil om hvem som har det økonomiske ansvaret. Videre er det viktig at systemet fremmer best mulig utnyttelse av behandlingskjeden, som blant annet krever godt samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

5.6.1 Kostnadskontroll

Norsk helsetjeneste er kostbar, med et utgiftsnivå per innbygger som er blant de høyeste i Europa. Både det offentliges og pasientenes utgifter øker stadig. Statens har behov for å løse helseproblemene på annen måte enn ved å bevilge mer penger til sykehusene. Dette er klart uttrykt blant annet i regjeringens langtidsprogram for 2002–2005.

Mangel på harde budsjettrammer er kommet klart til syne de siste årene. Mot slutten av 1990-tallet har det vært flere store påplussinger til sykehusene utenom de ordinære budsjettrundene. De største tilleggsbevilgningene ble gitt våren 2000 og våren 2002.

Tilleggsbevilgninger som er til sykehusdrift i fylkeskommunene og til regionale helseforetak i perioden 1997 til 2002 er oppsummert i tabell 5.1. Med tilleggsbevilgninger menes her bevilgninger som er gitt utenom Stortingets årlige og ordinære budsjettbehandling (St.prp. nr. 1).

Det har også vært betydelige ekstrabevilgninger som del av de ordinære budsjettrundene. Den politiske viljen til å øke bevilgningene til helsesektoren var klart uttrykt allerede tidlig på 1990-tallet, og resulterte i forsøkene med stykkprisfinansiering i Nordland og Hordaland og i perioden med toppfinansiering, jf. omtalen i kapittel 19. Stykk-

Tabell 5.1 Tilleggsbevilgninger til sykehusdrift 1997–2002.

År	mill. kroner	Formål	Dokument
1997	300	Vanskelig økonomisk situasjon i fylkeskommunale sykehus, bl.a. utløst av legeoppgjøret.	St.prp. nr. 83 (1996–1997)
2000	1 770	Videreføre høyt aktivitetsnivå og øke nivået ytterligere.	St.prp. nr. 47 (1999–2000) Innst. S. nr. 241 (1999–2000)
2001	251	Vanskelig økonomisk situasjon ved regionsykehusene.	St.prp. nr. 22 (2001–2002)
2002	2 125	Videreføre høyt aktivitetsnivå og øke nivået ytterligere. Kompensere for økonomisk ubalanse som regionale helseforetak overtok fra fylkeskommunene.	St.prp. nr. 59 (2001–2002) Innst. S. nr. 243 (2001–2002)

prisforsøkene i Nordland og Hordaland ble iverksatt i 1991, og ble først avviklet i 1994, dels parallelt med overgangen til toppfinansiering av alle sykehus fra 1993. Disse årene med aktivitetsavhengig finansiering utløste betydelige ekstra statlige midler til fylkeskommunenes helsetjeneste – i 1993 og 1994 ble det lagt inn henholdsvis 410 mill. kroner og 440 mill. kroner på statsbudsjettet til aktivitetsavhengig finansiering av sykehusene. Etter innføringen av ISF i 1997 ble bevilgningene til spesialisthelsetjenesten økt på grunnlag av registrert aktivitetsvekst: Bevilgningen til innsatsstyrt finansiering og poliklinikk ble for eksempel forhøyet med om lag 900 mill. kroner i løpet av 1999, dels som følge av etterbetaling for aktivitet i 1998.

Videre har det vært gitt betydelige tilleggsbevilgninger til Rikshospitalet, som ikke gjennomgås nærmere. I 2001 ble bevilgningene til Rikshospitalet økt med til sammen om lag 625 mill. kroner, herav 298 mill. kroner for å dekke tidligere års akkumulerte underskudd.

5.6.2 Målrettet og enhetlig styring og finansiering

Finansieringssystemet er komplekst. Det er i dag et stort antall ulike finansieringsordninger, med ulik innretning og mål. Foruten basisbevilgninger til regionale helseforetak, opereres det med stykkprisordninger og refusjoner, øremerkede tilskudd, samt forhandlingsbaserte takster. Det er dessuten helt ulik finansiering av somatikk og psykisk helsevern, og av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre er det mange forskjellige mottakere av tilskudd: regionale helseforetak (rammebevilgning, ISF, midler til psykisk helsevern), helseforetak (polikliniske refusjoner), private avtalespesialister, private laboratorie- og røntgenvirksomheter mv.

Systemet er også kjennetegnet av et betydelig innslag av tredjepartsfinansiering – først og fremst på syketransportområdet, men også innenfor trygdeetatens kjøp av helsetjenester for sykmeldte, behandling i utlandet og takstrefusjoner til private.

Det er viktig for staten å etablere en målrettet finansiering som understøtter den øvrige styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette vanskeliggjøres av dagens mangfoldige finansieringssystem. Blant annet fører ulike ordninger til ulike mange mål og delmål som til dels er i strid med hverandre. Måloppfyllelsen blir dermed vanskelig, og det kan oppstå usikkerhet omkring ansvaret for at resultater ikke oppnås.

5.6.3 Styringsvansker i sykehus

Våren 2002 fikk utvalget tilgang til en ekstern studie av styringsvansker i sykehus. Den empiriske delen er gjennomført ved to sykehus på Vestlandet, som etter sammenslåing i 2002 er etablert som avdelinger i samme helseforetak. Studien ble utført av PricewaterhouseCoopers DA i samarbeid med Program for helseøkonomi ved Universitetet i Bergen. Studien identifiserer en rekke interne organisatoriske forhold som i særlig grad kompliserer styring av aktivitets- og kostnadsutviklingen ved sykehusene, og konkluderer med at manglende inntekter og svakheter ved finansieringssystemet *ikke* er sykehusenes største hinder for å etablere en kostnadseffektiv drift. Viktigste forhold er:

- mangelfull plan- og budsjettprosess
- fullmakter delegeres uten nødvendig styring og med uklart resultatansvar
- mangelfulle insitament for kostnadseffektiv pasientbehandling
- eksterne aktører binder opp interne prioriteringer og omstillinger

Mangelfull plan- og budsjettprosess i sykehusene

Budsjettering og aktivitetsplanlegging er ikke en helhetlig og integrert styringsprosess. Aktiviteten i de kliniske avdelinger planlegges i store trekk uavhengig av budsjettprosessen. Budsjettrammene på sin side fastsettes uten at det foretas en konsekvensanalyse av avdelingenes aktivitetsplaner. Disse to områdene baserer seg på to virkelighetsbilder: ett som blir lagt til grunn i utformingen av budsjettet, og ett som legges til grunn i avdelingenes aktivitetsplanlegging.

Det gjennomføres dessuten i liten grad økonomiske analyser som ser på endringer i behandlingsmetoder, teknologisk utvikling, fjerning av flaskehalser, nye bemanningsplaner mm. Der hvor slike analyser gjennomføres, er det ofte innenfor en avdeling, uten at man ser på virkninger for andre avdelinger ved for eksempel en produksjonsøkning.

Til tross for legenes avgjørende rolle som kostnads- og inntektsdriver finnes det ikke oversikt eller økonomiske kalkyler over hvor mye tid de bruker på inneliggende pasienter, poliklinikk, undervisning, forskning eller egen kompetanseutvikling. Manglende kostnadskalkyler og konsekvensanalyser svekker mulighetene for å kunne utvikle en kostnadseffektiv drift.

Budsjettet brukes i liten grad som et internt styringsverktøy, og fungerer i stedet som et virkemid-

del for å øke de økonomiske rammene til sykehuset når budsjettunderskudd oppstår.

Fullmakter delegeres uten nødvendig styringssystem og med uklart resultatansvar for avdelingsledelsen

Det største sykehuset i studien hadde delegert mange fullmakter innen økonomi, personal og drift ned på avdelingsnivå. Slik delegering stiller krav til klart resultatansvar, inkluderende styringsdialog og et effektivt rapporteringssystem. Ingen av disse betingelsene ser ut til å være oppfylt. Studien peker på at man i realiteten ikke har tatt den organisatoriske konsekvensen av å innføre resultatenheter. Styringsdialogen mellom sykehusledelsen og avdelingsledelsen oppleves som mangelfull med mange ledd, manglende informasjonsflyt og til dels dobbelkommunikasjon av sentrale styringsbeslutninger og beslutningsgrunnlag. Dette sammen med et stort antall beslutningstakere i sykehuset og mangelfulle kalkyler skaper stor økonomisk risiko for sykehuset.

Mangelfulle insitament for kostnadseffektiv pasientbehandling

Insitamentet til å spare penger og gå med overskudd er svært svakt i sykehus. I stedet kan det se ut til at insitamentene virker i motsatt retning. I en situasjon med samlet underskudd ved sykehuset blir avdelingene som har bidratt med overskudd rammet i neste periode. Avdelinger som har operert innenfor sine rammer får redusert påfølgende års budsjett, og det oppstår et spill internt mellom avdelinger der det ikke ligger noe insitament til kostnadseffektiv produksjon.

Eksterne interessenter binder opp prioritering av behandlingstilbud og interne tilpasninger og omstillinger

Interne forslag til prioriteringer og endringer/innsparinger som følge av manglende økonomiske rammer debatteres i en rekke eksterne fora, som involverer sykehuseier, politikere, massemedia, pressgrupper mv. Konsekvensen er at endringene sjelden gjennomføres.

Studien konkluderer med at det finnes et stort potensiale i sykehusene til å bruke økonomistyring for å skape en mer effektiv organisasjon, der en forandring av interne organisatoriske forhold er en sentral faktor.

5.6.4 Effektiv ressursbruk og bedre samhandling

Fra statens side er det et overordnet mål å oppnå effektiv bruk av offentlige midler, samt å bidra til bedre samhandling dersom det fører til en bedre ressursbruk.

I kapittel 4 er effektivitetsutviklingen i sykehussektoren nærmere omtalt, og det refereres her til studier som viser at selv om man teknisk sett utnytter ressursene bedre i 2001 enn i 1992, har kostnadsutviklingen medført at man får mindre aktivitet ut av de kronene som tilføres. Sagt på en annen måte har kostnadsutviklingen vist en negativ utvikling på 1990-tallet, mens den tekniske effektivitetsutviklingen har vært positiv, og viser også en bedring fra 2000 til 2001.

Liggetidene ved norske sykehus har gått vesentlig ned de siste årene. Mye taler for at det fortsatt er gevinster å hente på ytterligere reduksjon av liggetider. En finsk studie (Linna 1998) avdekker at finske sykehus er langt mer effektive enn norske, og det antas at en betydelig del av forklaringen er kortere liggetider.

Effektiv behandling forutsetter også at pasienter behandles på rett sted. Pasienter som kan behandles i sitt nærmiljø bør får tilbud om dette, dersom det er fornuftig bruk av ressurser. Sykehus eller spesialister skal ikke holder tilbake pasienter, for eksempel ved å la kontrollpasienter gå foran nyhenviste pasienter i køen. Det vises til omtale av en studie ved St. Olavs hospital i boks 5.1.

Det er en utfordring å sørge for at samspillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer slik at samarbeidet ikke er opphav til unødig ressursbruk. Dette er nærmere omtalt i innstillingens del III. God ressursbruk tilsier at pasienter som strengt tatt ikke har behov for sykehusbehandling, heller ikke skal behandles på dette nivået. God ressursbruk tilsier også at spesialisthelsetjenester bør desentraliseres dersom dette medfører lavere kostnader for samfunnet. Eksempler på desentralisering av sykehustjenester er for eksempel flytting av dialyse og medisinsk behandling av kreftpasienter ut av sykehus, som de siste par årene er gitt en bedret finansiering gjennom ISF, jf. kapittel 9.

For 30 år siden hadde norsk helsetjeneste en relativt omfattende kapasitet innen fødestuer og sykestuer, ofte i samarbeid med sykehjem. Analyser viser at en betydelig andel av pasientene som får behandling ved sykestuene alternativt ville vært lagt inn på sykehus, til en høyere kostnad, jf. blant annet Aaraas (1998).

Boks 5.1 Resultater fra en studie ved regionsykehuset i Trondheim

I artikkelen Personellressurser og pasientbehandling ved et regionsykehus (Bratlie 2000) gjengis resultater fra en analyse av utviklingen ved St. Olavs hospital for perioden 1995–99. Analysen viser at situasjonen i denne femårsperioden kan karakteriseres ved:

- betydelige økninger i sykehusets budsjettrammer
- langt mindre økning i pasientbehandlingen.

Dataene viser en viss økning i pasientbehandlingen. Antall innleggelser økte med 6,3 prosent, antall polikliniske konsultasjoner med 6,7 prosent og antall operasjoner med 3,3 prosent fra 1995 til 1999. For polikliniske konsultasjoner viser dataene at selv med en betydelig økning i antall konsultasjoner er det svært liten økning av antall nyhenviste pasienter. Størstedelen av aktivitetsøkningen ved poliklinikkene er knyttet til etterkontroller av pasienter som allerede har vært til behandling ved sykehuset.

På den annen side økte antall stillinger ved St. Olav med 12 prosent i samme periode. Størst var veksten i antall leger, som økte med 30 prosent. Teknisk personale økte med 22 prosent og kontorpersonale/administrativt personale med 23 prosent. Veksten i antall pleiere var mindre (13,1 prosent), og antall radiografer og bioingeniører har vist liten vekst.

I artikkelen drøftes forklaringer på nedgangen i pasientrettet arbeid per ansatt. Perioden er såpass kort at det antas å være liten grunn til å tro at den medisinske behandlingen er blitt vanskeligere eller mer ressurskrevende. En annen mulig forklaring ar at det i 1995 forelå et udekket ressursbehov (uregistrert gratisarbeid) og mange stillinger som ikke var formelt registrert, og som er blitt dekket opp av de tilførte ressursene. Effekten antas ikke å være sterk, men det antas likevel at veksten i antall stillinger er noe overvurdert som følge av dette forholdet. Det antas også at kvaliteten på behandlingen kan ha økte noe, men det er lite trolig at slike effekter alene kan forklare den økte ressursbruken i perioden. Sykehuset har heller ikke foretatt store organisatoriske endringer. En mulig forklaring er at personellressursene, og da kanskje spesielt legeressursene, ikke utnyttes godt nok. For eksempel blir ikke legeårsverkene utnyttet godt nok hvis ikke veksten i antall pleierstillinger økes i omtrent samme omfang. En annen mulig forklaring kan være ulike flaskehalser – som at ferdigbehandlede pasienter opptar sengeplasser i påvente av andre omsorgstilbud.

Ferdigbehandlede pasienter som venter på omsorgstilbud fra primærhelsetjenesten (institusjonsplass eller hjemmebaserte tjenester) er en kostnadsdrivende flaskehals på flere sykehus. Dette forholdet må vurderes i sammenheng med at det i dagens system er kommunene som har det økonomiske ansvaret for primærhelsetjenesten, mens det er helseforetakene som finansierer spesialisthelsetjenesten.

5.7 Utvalgets vurderinger

Kapitlet har vist at ulike interessegrupper har forskjellig syn på hva som er problematisk med dagens finansieringsordninger. I tillegg vil det som en gruppe oppfatter som en svakhet ofte blir sett på som en styrke av andre interessegrupper. De ulike gruppene legger ulik vekt på hvilke mål finansieringssystemet skal bidra til å oppfylle. Målkonflikter drøftes nærmere i kapittel 6.

Kapittel 6
En samfunnsøkonomisk analyse av avveininger ved valg av finansieringsmodeller

Den statlige foretaksmodellen som er beskrevet i kapittel 3, innebærer en rollefordeling i spesialisthelsetjenesten hvor regionale helseforetak har overtatt fylkeskommunenes sørge for-ansvar. Det vil si at regionale helseforetak har et helhetlig ansvar for å dekke befolkningens behov for helsetjenester. Disse helsetjenestene kan utføres enten ved et av datterselskapene (helseforetakene) heleid av det regionale helseforetak, et foretak som eies av et annet regionalt helseforetak, eller en privat aktør.

I foretaksmodellen har staten den politiske kontrollen med spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det en uttalt målsetning at statens i minst mulig grad skal blande seg inn i den løpende driften. Dette innebærer for det første at staten gjennom sin eierstyring, gjennom utforming av lover og forskrifter og gjennom sin rolle som avtalepartner, må legge et rammeverk som er forutsigbart og understreker de målene staten ønsker foretakene skal ivareta. For det andre må finansieringssystemet innrettes slik at det i størst mulig grad kompletterer det rammeverk staten har valgt. Samtidig må et finansieringssystemet være fleksibelt nok til å kunne tilpasses eventuelle framtidige endringer i styringsstrukturen.

Ved utforming av et finansieringssystem, er det viktig å erkjenne at det alltid vil foreligge en rekke målkonflikter. Ulike finansieringssystem vil variere både i antall målkonflikter og i hvor stor grad målsettingene kommer i konflikt. Et tydelig eksempel er konflikten mellom kostnadskontroll og høy aktivitet og rask behandling av pasienter. Tradisjonell rammefinansiering har historisk sett vist seg å gi relativt god kostnadskontroll, men har vist seg å være mindre velegnet til å stimulere til aktivitetsøkninger.

Ved oppbygging av et finansieringssystem er det derfor nødvendig å identifisere i hvilken grad ulike finansieringsformer kan bidra til å nå prioriterte mål, samtidig som man er klar over antall og styrke av målkonflikter. Formålet med dette kapitlet er å belyse dette ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Diskusjonen er prinsipiell, men de ulike avveiningene illustreres med eksempler som er knyttet til noen hovedtyper av finansieringsmodeller. Kapitlet har følgende oppbygging:

- I 6.1 presenteres hovedtyper av finansieringsmodeller.
- I 6.2 presenteres viktige målkonflikter som er relatert til hvordan finansieringssystemet utformes.
- Til slutt, i 6.3, følger en kort oppsummering hvor utvalget gir sin vurdering.

6.1 Hovedtyper av finansieringsmodeller

Grovt sett kan finansieringsmodeller skille etter to dimensjoner. Den første dimensjonen måler i hvor stor grad det er en direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. Den andre dimensjonen knytter seg til om helseprodusentenes inntekter er avhengig av *realiserte* kostnader eller er basert på *forventede* kostnader.

Den andre dimensjon forteller om betalingen skjer i etterkant basert på kostnader som dokumenteres i regnskapet (realiserte kostnader), eller betalingsbetingelsene er bestemt på forhånd (forventede kostnader). Det siste vil si at helseprodusenten får tilført et tilskudd i forkant av budsjettperioden, og dette blir det endelige tilskuddet uansett hva regnskapet måtte vise av kostnader i ettertid.

Finansieringsmodeller basert på realiserte kostnader kalles gjerne *kostnadskompenserende modeller*, mens modeller basert på forventede kostnader betegnes som *fastprismodeller*, kf. tabell 6.1

Kostnadskompenserende og fastprismodeller gir ulik økonomisk risikodeling mellom betaler og utfører. Mens de kostnadskompenserende modellene legger all økonomisk risiko for kostnadsøkninger på betaler, vil et fastprissystem legge hele den økonomiske risikoen på utfører[1].

1. Se kapittel 19 for en grundig gjennomgang av risikoaspekter relatert til finansieringsordninger.

Tabell 6.1 Hovedtyper av finansieringsmodeller

	Kostnadskompenserende	Fast pris
Direkte kobling mellom aktivitet og inntekt	kurpengeordninger	stykkprisfinansiering
Indirekte kobling mellom aktivitet og inntekt	ramme basert på påvirkelige variabler	behovsbasert ramme (per capita-justert)

6.1.1 Kostnadskompenserende finansiering

Et kostnadskompenserende finansieringssystem baserer seg på at betaler dekker de påløpte kostnadene en helseprodusent har hatt for å tilby visse helsetjenester i løpet av en periode. Betalingen baseres på kostnadene som dokumenteres i regnskapet. Dette har vært den tradisjonelle måten å finansiere helseprodusenter på. For eksempel var kurpengesystemet som var i bruk i Norge fram til 1980, en finansieringsform basert på statlige refusjoner av deler av sykehusene påløpte kostnader. Sykehusene fikk med denne ordningen et oppgjør for faktiske antall pasientoppholdsdøgn. Et rammefinansieringssystem basert på påvirkbare variabler, for eksempel fjorårets kostnader pluss 2 prosent, vil også være et kostnadskompenserende finansieringssystem, men er mindre knyttet til aktivitet enn for eksempel kurpengeordningen. Mens kurpengeordninger er finansieringsformer som i stor grad refunderer sykehusene for påløpte driftsutgifter vil det ikke nødvendigvis være slik at økt aktivitet, og dermed økte kostnader, automatisk medfører økte rammer i et rammefinansieringssystem.

Problemet med de kostnadskompenserende finansieringssystemene er at de gir helseprodusenten svake insitament til å holde kostnadene nede. Dette følger av at verken kostnadsøkninger eller kostnadsreduksjoner påvirker det økonomiske resultatet til produsenten. På den annen side gir kostnadskompenserende ordninger heller ingen insitament til å redusere kvaliteten på behandling gjennom kostnadsbesparelser.

6.1.2 Fastprisfinansiering

Hovedtrekket i et fastprissystem er at betaleren overfører et fast beløp til utføreren (produsenten), uavhengig av påløpte kostnader hos utføreren. Typisk vil dette beløpet avspeile den forventede kostnaden utfører har med å produsere en gitt tjeneste. Dagens finansiering av poliklinikk med en fast takst, er eksempel på denne typen finansieringsordning.

Siden helseprodusenten får tilført et tilskudd i forkant av budsjettperioden, og dette blir det endelige tilskuddet uansett hva regnskapet måtte avdekke av kostnader i etterskudd, vil produsentens egne driftsbeslutninger være avgjørende for det økonomiske resultatet. Fastpriskontrakter gir derfor sterke insitamenter til kostnadseffektiv drift. Det vil si at helseprodusenten påvirkes til å tilpasse bruken av innsatsfaktorer slik at tjenestene blir produsert til lavest mulig kostnad. Problemet er imidlertid at fastprissystemer kan gi insitament til kostnadsreduksjon gjennom kvalitetskutt, hvis det ikke settes inn mekanismer som forhindrer dette.

Et fastpris finansieringssystem kan også ha en mer eller mindre direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. Hvis koblingen er direkte kalles finansieringsmodellen gjerne en *stykkprismodell*. Fastprismodeller med en mer indirekte kobling går under betegnelsen *behovsbaserte* (per capita-justerte) rammemodeller.

6.1.3 Blandingsmodeller

Utover de rene finansieringsmodellene finnes ulike typer av blandingsmodeller hvor betaler finansierer helseprodusenten delvis ut fra påløpte kostnader, og delvis ut fra forventede kostnader. Et eksempel på en slik blandingsmodell er innsatsstyrt finansiering hvor et element av stykkpris basert på DRG-systemet supplerer et rammetilskudd. En annen type blandingsmodell er en variant hvor rammen til den enkelte utfører *ikke* er avhengig av dennes kostnader, men av for eksempel befolkningsgrunnlaget i det området utfører skal betjene. Den *totale* rammen til alle utførere i dette området er imidlertid bestemt av disse utførernes historiske kostnader.

6.2 Målkonflikter

I dette avsnittet presenteres målkonflikter som knytter seg til utforming av finansieringssystem. Noen av målkonfliktene er relatert til etterspørselssiden, andre til tilbudssiden, det vil si til tjenesteprodusentene.

Til slutt i avsnittet drøftes tre spesifikke målkonflikter. Den første oppstår ved tredjepartsfinansiering i helsesektoren. Den andre konflikten oppstår ved bruk av kortsiktige kontrakter, herunder myke budsjettrammer og politisk spill om helsekroner. Til slutt pekes på krav om makroøkonomisk forutsigbarhet og de konsekvenser dette har for valg av finansieringsmodell.

6.2.1 Målkonflikter på etterspørselssiden

På etterspørselssiden er det særlig to forhold som er viktige. Det første er at det offentlige fullforsikrer brukerne av helsetjenester, det vil si at det offentlige dekker de totale kostnadene ved helsetjenestene befolkningen trenger. Dette har store konsekvenser for etterspørselen. Det andre forholdet er relatert til at helseprodusentenes utgifter finansieres gjennom beskatning. Dette har konsekvenser for effektiviteten i systemet.

Ukontrollert etterspørsel

Tidligere studier viser at befolkningens etterspørsel etter helsetjenester avhenger av hvilken pris den må betale. I Norge, som i mange andre land, subsidierer det offentlige prisen på helsetjenestene. Det betyr at forbrukerne ikke behøver betale full pris for tjenestene de etterspør. Dette vil trekke i retning av høy etterspørsel. Etterspørselen er *for* høy når den presser fram tjenester der den helsemessige nytten ikke står i rimelig forhold til produksjonskostnaden. På grunn av manglende prismekanisme, vil dette kunne skje, og vil gi en ressursbuk som er urasjonell, samfunnsøkonomisk sett.

For å sikre en effektiv ressursutnyttelse må etterspørselen etter visse tjenester reduseres. Den nye foretaksorganiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge, har innebygde begrensninger som forhindrer dette. I motsetning til fylkeskommunen har regionale helseforetak ikke beskatningsrett, og avveining mellom nytte og kostnader kan ikke knyttes til lokal eller regional økonomi. Et annet problem er at primær- og spesialisthelsetjenesten er organisert og finansiert på ulike forvaltningsnivå, og at samarbeidet mellom behandlingsnivåene dermed blir for begrenset. Det kan føre til at pasientene blir behandlet på et for høyt, det vil si for kostnadskrevende, behandlingsnivå.

I foretaksmodellen kan etterspørselen etter helsetjenester reduseres på tre måter:
- egenbetaling
- direkte reguleringer av tilbud
- finansieringsmodeller som stimulerer til kostnadskontroll

Bruk av egenandeler er kontroversielt og har problematiske fordelingsmessige konsekvenser. Direkte regulering har også vist seg vanskelig å gjennomføre i praksis fordi det er vanskelig å lage operasjonaliserbare kriterier som samtidig tilfredsstiller befolkningens preferanser.

Etterspørselen vil derfor måtte reduseres gjennom å begrense det totale omfanget av helsetjenester. For å oppnå dette, må finansieringssystemet setter tak på utgiftene, og tvinge fram prioriteringer mellom tiltak. Det oppstår problemer når utgiftstaket fører til at andre prioriterte mål, for eksempel god tilgjengelighet av helsetjenester, blir satt til side.

Effektivitetstap ved skattefinansiering

Skatter som kreves inn for å finansiere offentlige utgifter, gir normalt et effektivitetstap fordi de skaper forskjeller mellom kostnaden ved å produsere goder og det forbrukerne er villige til å betale for dem. Effektivitetstapet er større jo mer prisfølsomt tilbudet og etterspørselen er, og det øker progressivt med skattesatsen. Et visst effektivitetstap som følge av beskatning vil være nødvendig for å sikre velferdsgoder gjennom offentlige tjenester og overføringsordninger. Dette effektivitetstapet er dermed en kostnad, som prinsipielt ikke skiller seg fra andre kostnader i offentlig sektor. NOU 1997: 27 Nytte-kostnadsanalyser (kostnadsberegningsutvalget) anslo på usikkert grunnlag at det norske samfunnet i gjennomsnitt påføres et effektivitetstap på 20 øre ved å øke skatteinntektene med en krone. Skattefinansiering, som er hovedregelen for finansieringen av helsetjenester i Norge, medfører derfor at kostnadskontroll i sektoren blir desto viktigere..

6.2.2 Målkonflikter på tilbudssiden

På tilbudssiden er det ønskelig å organisere produksjonen slik at befolkningen får mest mulig helse ut av hver helsekrone. Finansieringssystemet bør derfor underbygge hensynet til kostnadseffektiv produksjon, eller uttrykt på en annen måte, sørge for at helsetjenestene blir produsert til lavest

mulig kostnad, gitt den kvalitet befolkningen ønsker. Det er viktig å påpeke at det her brukes et utvidet kvalitetsbegrep. I tillegg til medisinsk kvalitet og omsorgskvalitet inneholder kvalitetsbegrepet også likhet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet.

Markedsmekanismene har begrenset spillerom i den norske helsesektoren. I stedet representerer de folkevalgte politikerne innbyggernes ønsker og betalingsvillighet. Høy kvalitet betyr med andre ord at befolkningen – representert ved politikerne – er villig til å betale for et helsevesen hvor blant annet likhet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet står sentralt.

Kvalitet kontra lave kostnader

Den viktigste avveiningen på produsentsiden vil stå mellom kvalitet og kostnader. At høy kvalitet kan kreve mer bruk av innsatsfaktorer som personell og kapital, utgjør en del, men ikke hele konflikten. Et hvert finansieringssystem vil, direkte og indirekte, ha innbakt insitamenter som påvirker ressursbruk, og dermed måloppnåelse. For eksempel vil et finansieringssystem som refunderer faktiske påløpte kostnader gi helseprodusentene liten grunn til effektiv ressursbruk og kostnadskontroll fordi kostnadsendringer i liten grad påvirker produsentens økonomiske situasjon. Dette var også erfaringene man gjorde på 1970-tallet da kurpengesystemet var i bruk. På den annen side vil et fastprisbasert finansieringssystem gi sterke insitamenter til effektiv ressursbruk og kostnadskontroll fordi produsentens økonomiske resultat nå er avhengig av beslutninger vedrørende ens egen drift. Et fastprissystem gir imidlertid også insitament til billige løsninger, det vil si kostnadsreduksjon gjennom kvalitetskutt – hvis det ikke finnes mekanismer som forebygger dette.

Etter innføringen av det delvis fastprisbaserte finansieringssystemet ISF i 1997, har det vært uttrykt bekymring for at kvalitetskutt er gjennomført i form av pasientseleksjon. Det vil si at sykehusene bevisst har valgt å behandle lønnsomme pasienter på bekostning av tyngre pasientgrupper som ikke utløser finansiering på samme måte. Seleksjonen kan arte seg som at pasienter som gir god inntjening prioriteres, og pasienter som representerer en økonomisk belastning nedprioriteres. Det siste formen for seleksjon kan for eksempel gjennomføres ved at visse behandlingstilbud avvikles[2].

Det viktige her er imidlertid ikke hvordan kvalitetskutt gjennomføres, *men at ethvert fastprisbasert finansieringssystem skaper insitament til å begrense kostnadene innen den enhet betalingen er basert på*, for eksempel DRG-kode. Dette henger sammen med at marginalinntekten for å heve kvaliteten ved behandlingen er lik null, gitt at pasienten er registrert innen den enhet som utløser betaling. Eksempelvis vil et finansieringssystem basert på DRG-systemet gi insitamenter til å øke overskuddet, eller om en vil, redusere kostnadene, innen hver enkelt DRG-kode. Frykt for seleksjonsproblemer er blant annet årsak til at tung ikkekirurgisk kreftbehandling (cytostatica-behandling) er prisdifferensiert i det norske ISF-systemet.

Fra diskusjonen ovenfor følger det at det er en innebygd målkonflikt mellom det å tilby høykvalitetstjenester og det å oppnå en effektiv ressursbruk. Denne konflikten er mer framtredende for de helsetjenester som ikke er underlagt mekanismer som sikrer at kvalitet ikke blir nedprioritert for å spare kostnader.

Betaler mangler kunnskap om kostnadene

Avveiningen mellom kvalitet og kostnader påvirkes også av at helseprodusenten ofte har mer informasjon om sine egne kostnader, produktivitet og innsats enn betaler av helsetjenestene. Sykehusets ledelse og ansatte vil typisk ha bedre informasjon både om mulighetene for kostnadsreduksjoner (for eksempel muligheter for at andre organisasjonsmåter kan medføre bedre ressursbruk) og om prioriteringsbeslutninger som tas.

Slik ubalanse i tilgang til informasjon påvirker avveiningen mellom kvalitet og kostnader, og er grundig behandlet i den såkalte prinsipal/agentteorien. Aktuelle prinsipal/agent-relasjoner vil være stat/regionale helseforetak, regionale helseforetak/helseforetak (sykehus), sykehusledelse/avdeling og avdelingsledelse/klinikk.

Slike problemer tas opp i nyere økonomisk reguleringsteori, der oppmerksomheten knyttes til informasjonsskjevheter i vid forstand mellom den regulerende instans og den eller de aktører som skal reguleres. Utgangspunktet er at sykehusets ledelse og ansatte vet mer om sykehusets muligheter for kostnadsreduksjoner enn de bevilgende myndigheter. Bevilgende myndigheter vil være interessert i å få de ansatte til å opplyse om potensialet for kostnadsreduksjoner. Utfordringen er da å lage kontrakter som er slik at sykehusets ledelse og ansatte oppmuntres til å gi korrekt informasjon.

Det kan vises at man i teorien kan oppnå dette ved å tilby sykehuset å velge mellom ulike *todelte*

2. Det er ikke dokumentert endringer i kvalitet i de studier som er gjort. En mulig forklaring er den høye graden av kostnadskompensasjon som fortsatt preger finansieringen av somatiske helsetjenester i Norge.

tariff-kontrakter: Dette er kontrakter som er utformet slik at sykehusene betaling består av både en fast (produksjonsuavhengig) ramme og en stykkprisbetaling som er knyttet til realisert produksjon. Kontraktene er utformet slik at de sykehusene som oppgir store enhetskostnader får en lav stykkpris, slik at de ikke skal produsere mye, mens de sykehusene som oppgir små enhetskostnader får høyere stykkpris, og dermed insitament til å produsere mer. Fastleddet til de sykehusene som oppgir lavere enhetskostnader er i tillegg justert slik at det er mer å hente for de effektive sykehusene ved å oppgi at de er effektive og handle deretter, enn ved å late som om de ikke er effektive.

Vridning vekk fra ønskede oppgaver

Seleksjonsproblemer er også relatert til at ikke alle tjenester utløser betaling. Eksempelvis er verken forskning, undervisning eller pasientbehandling innen psykiatri inkludert i det norske ISF-systemet.

Den grunnleggende utfordringen i dette tilfellet er å sikre at tilbyder ikke neglisjerer innsats, og vrir ressurser vekk fra noen oppgaver, fordi de oppfattes som ulønnsomme i forhold til andre oppgaver. Vridningseffekter behøver ikke nødvendigvis være uønsket. Ofte vil prismekanismen brukes i et fastprisbasert finansieringssystem nettopp for å vri ressursene i en bestemt retning. For eksempel var ett av argumentene for å inkludere dagkirurgi i ISF-ordningen nettopp å gi sykehusene insitament til å vri pasientbehandlingen over fra døgn- til dagbehandling.

De *uønskede* vridningseffektene oppstår når betaleren ikke kan kontrollere om tilbyderen vrir ressurser og innsats vekk fra tjenester som betaleren ønsker. Eksempelvis blir det i Ot. prp. nr 66 (2000–2001) uttrykt bekymring for at ISF har ført til nedprioritering av forskning og undervisning i sykehus. Det foreligger foreløpig ikke empiriske data som kan gi svar på om dette er skjedd. Det er i seg selv bekymringsfullt, siden det forteller at indikatorer som måler forsknings- og undervisningsaktivitetene på sykehus både er mangelfullt utviklet og lite brukt.

Av diskusjonen ovenfor følger det at et fastprisbasert finansieringssystem gir helseprodusentene insitament til å vri innsats og ressurser over til oppgaver med relativ høy marginalinntekt. Dette fører til målkonflikter i de tilfeller hvor produsenten utfører flere oppgaver. Målsettinger vil ikke bli prioritert ut fra helsepolitisk og medisinsk-faglig viktighet, men ut fra målbarhet og kontrollerbarhet.. Kraftige insitamenter, for eksempel en høy stykkpris, forutsetter at det finnes tilsvarende gode indikatorer for annen tjenesteyting som er viktig for betaler, eventuelt at tilbyder fratas ansvar for oppgaver som er lite målbare.

6.2.3 Tredjepartsfinansiering som sovepute

Når flere parter finansierer helsetjenester sammen, kan ressursbruken bli ineffektiv fordi en part vil kunne skyve kostnader over på de andre partene. For eksempel er Rikstrygdeverket ansvarlig for å finansiere syketransport, mens regionale helseforetak er ansvarlig for lokalisering av behandlingstilbud. Dette kan føre til større reiseavstander for pasienter fordi kostnader ved syketransport ikke regnes med når foretakene skal beslutte geografisk lokalisering av tilbud. Målkonflikten består i at en finansieringsform som legger til rette for effektiv ressursbruk vil kunne komme i konflikt med pasientrettigheter nedfelt i Folketrygdloven.

Effektiv ressursbruk kan sikres ved at bare én part er ansvarlig for styring og finansiering. For eksempel kan regionale helseforetak overta Rikstrygdeverkets ansvar for finansiering av syketransport. En slik ansvarsoverføring vil være i tråd med foretaksmodellen. På andre områder vil dagens struktur kunne hindre effektiv ressursbruk. Dette gjelder særlig forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunene kan mangle sykehjemsplasser, som fører til at ferdigbehandlede pasienter blir liggende på sykehus. En innsparing i primærtjenesten fører til uforholdsmessig høyere kostnader for helseforetakene, og samlet sett brukes ressursene ineffektivt.

6.2.4 Kortsiktige kontrakter skaper spillsituasjoner

Det er en trend i retning av kontrakter i den norske helsetjenesten. Kontraktene og avtalene er kortsiktige fordi kontraktsperiodene er kortere enn perioden avtalepartnerne samhandler. Kontraktene må derfor fornyes regelmessig gjennom reforhandlinger. Eksempelvis er bestiller/utfører-kontraktene som Helse Vest RHF har tegnet med sine helseforetak gyldige i ett år, mens samarbeidet mellom Helse Vest og for eksempel Helse Bergen vil vare langt ut over 2002. Dette betyr at avtalene mellom Helse Vest og Helse Bergen vil bli reforhandlet og fornyet i framtida.

Bruk av kortsiktige kontrakter skaper to hovedproblemer ved valg av finansieringssystem. Det første er knyttet til ulike aktørers mulighet til å drive politisk spill. Det andre er den såkalte *mothakevirkningen*, det vil si at en aktør vet at framtidige

krav og belønninger vil avhenger av resultatene som leveres i dag.

Politisk spill når budsjettrammene kan strekkes

Målene for regionale helseforetak er vanskelig å operasjonalisere. Det blir dermed et betydelig skjønn i vurderingen av om helseforetakene gjør en god jobb. I tillegg vil det ofte være uklart om oppnådde resultater, eventuelt mangel på resultater, skyldes faktorer som er utenfor ledelsens kontroll. Hvis så er tilfelle, er det urimelig at denne holdes ansvarlig for manglende måloppnåelse. Eksempelvis kan regionale helseforetak forklare manglende måloppnåelse med at staten ikke har tilført ressurser som tar høyde for naturgitte produksjonsforhold og sentrale lønnsoppgjør. Staten på sin side kan skylde på at foretakene er dårlig organisert, og dermed produserer ineffektivt.

Denne ansvarsuklarheten var også tilstede før staten overtok fylkeskommunenes eierskap til sykehusene. Det kan imidlertid tenkes at regionale helseforetak vil kunne ha større mulighet til å presse fram ekstrabevilgninger enn det fylkeskommunene hadde. Fem regionale aktører som kun skal levere helsetjenester, utgjør mer slagkraftige enheter enn fylkeskommunene var, så vel størrelsesmessig som faglig. Det vil kunne være lettere å få gjennomslag for sine interesser overfor Stortingen når man bare har én sektor å forsvare. På den annen side hadde fylkeskommunene større politisk legitimitet enn foretakene, i og med at fylkeskommunene er politiske organer med mandat for velgerne.

Muligheten til å opprettholde stabile og forutsigbare rammebetingelser vil være avhengig av finansieringssystemet. For eksempel vil et finansieringssystem som ikke direkte kobler aktivitet og inntekter gjøre at lokale sykehusledere og regionale helseforetak kan skylde på at Stortinget pålegger sykehusene nye oppgaver uten å ha kostnadsdekning. I en politisk situasjon med offentlig budsjettoverskudd, mindretallsregjeringer og høy konkurranse om velgere, er muligheten for ekstrabevilgninger store.

Hva som er korrekte satser i et stykkprissystem, vil alltid måtte være gjenstand for skjønn. Dette gjelder både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. For eksempel kan et regionalt helseforetak rettferdiggjøre at det må ha kompensasjon hvis lønnsutgiftene er høyere i regionen enn resten av landet. Hvis ett eller flere regionale helseforetak får økonomiske problemer, vil det kunne oppstå politisk spill rundt detaljene i stykkprissystemet.

Mothakevirkninger når effektivisering straffer seg

En virkning knyttet til mangelen på langsiktig bindende kontrakter er i litteraturen omtalt som mothakevirkningen («ratchet-effekten»). Den oppstår i visse situasjoner der en aktør – for eksempel et sykehus – vet at de krav og belønning den vil komme til å møte i framtida, avhenger av hvilke resultat den viser i dag. Dersom sykehuset produserer med god kvalitet til lav kostnad, vil dette bli forstått som at sykehuset også er i stand til å gjøre dette i framtida. Kravene til sykehuset vil bli satt deretter. I visshet om at dette vil skje, kan sykehuset finne det tjenlig å slakke av og heller produsere med høye kostnader, for på den måten å signalisere av kostnads- og produksjonsforholdene ikke er særlig gunstige. Slik atferd vil gjøre det mulig å oppnå framtidige personlige gevinster, for eksempel i form av slakk i organisasjonen. Det viser seg at slike gevinster er større dess sterkere fastprisnnslag. For eksempel vil rammefinansiering gi svært sterke umiddelbare insitamenter til å spare kostnader, gitt at besparelsen kommer sykehusets medarbeidere til gode. Men dette gir et sterkt motiv til å slakke av i dag for å sikre romslige rammer også senere. Mothakevirkningen er ugunstig sett fra et samfunnsøkonomisk synspunkt.

6.2.5 Konkurrerende sektorer

Statens oppgaver er ikke bare knyttet til å sikre hele befolkningen god tilgang på helsetjenester av høy kvalitet. Andre prioriterte formål som skole og utdanning vil for eksempel konkurrere om ressursene. Tilgang og bruk av ressurser i helsesektoren må innordnes den generelle makroøkonomiske politikken, slik at det norske velferdssamfunnet opprettholdes og videreutvikles på ønsket måte. Kraftig økning av utgiftene til pensjoner, pleie og omsorg kombinert med synkende petroleumsinntekter vil stille store krav til budsjettpolitikken årene framover.

Regjeringen Stoltenberg la i St.meld. nr. 29 (2000–2001) fram nye retningslinjer for budsjett- og pengepolitikken. Retningslinjene har bred støtte i Stortinget. Retningslinjene inneholder den såkalte *handlingsregelen*, som betyr at offentlig bruk av oljeinntekter skal tilsvare den forventede realavkastningen av kapitalen i statens petroleumsfond. Dette vil gi en gradvis opptrapping av bruken av petroleumsinntekter over statsbudsjettet i årene framover, samtidig som staten opprettholder en betydelig sparing for å kunne dekke framtidige utgifter. Med de rammebetingelsene som følger av generell økonomisk utvikling, oljepris mv. har

dette gitt et begrenset handlingsrom i budsjettpolitikken. Økte midler til helseformål innebærer derfor tilsvarende reduserte midler til andre offentlige formål, evt. tilsvarende økning i skatter og avgifter. Fra et makroøkonomisk perspektiv er det derfor viktig at finansieringssystemet for helsetjenesten gjør at de samlede utgiftene kan forutsis med stor sikkerhet.

6.3 Utvalgets vurderinger

Et godt finansieringssystem må gi insitament til å hindre sløsing og sikre en ønsket fordeling av ressurser både mellom ulike grupper internt i helsesektoren og mellom helse og andre sektorer.

Å hindre sløsing betyr at tjenestetilbudet blir produsert til en så lav kostnad som mulig, eller om man vil, at produksjonen drives kostnadseffektivt. Å sikre god fordeling mellom sektorer innebærer samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader, eller om man vil, god kostnadskontroll. Utvalget mener at troverdige fastprisordninger, hvor helseprodusentenes egne beslutninger på driftssiden er avgjørende for det økonomiske resultatet, legger til rette for å oppnå disse målene.

Problemet med fastprisordninger er at de også gir insitament til kostnadsreduksjon gjennom kvalitetskutt, hvis det ikke finnes mekanismer som forhindrer dette. Det brukes her et utvidet kvalitetsbegrep som, i tillegg til medisinsk kvalitet og omsorgskvalitet, også omfatter likhet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet. Utvalget mener at fastprisordninger derfor kan føre til at en fordeling av ressurser internt i helsesektoren som bryter med helsepolitiske målsetninger. Utvalgets vurdering er derfor at utstrakt bruk av fastprisordninger forutsetter at det etableres indikatorer og kontrollmekanismer som sikrer at tjenestetilbudet er i henhold de helsepolitiske målsetningene.

Kapittel 7
Utvalgets kriterier for vurdering av finansieringssystemer

Gjennom de innledende kapitlene i del II (kapittel 3–6) har utvalget gitt oversikt over viktige utviklingstrekk og ressursbruk i helsetjenesten, bred beskrivelse av institusjonelle forhold etter statens overtakelse av spesialisthelsetjenestene, diskusjon av problemer og utfordringer i spesialisthelsetjenesten og oversikt over hvilke mål ulike finansieringsmodeller skal bidra til å realisere. På bakgrunn av denne gjennomgangen, utvalgsmandatet og nasjonale helsepolitiske målsettinger gjør utvalget her rede for de kriteriene som brukes i den videre drøfting av finansieringsordninger.

Innbyggernes opplevelse av helsetjenesten vil variere. I enkelte situasjoner møter vi helsetjenesten som pasienter, i andre situasjoner som skattebetalere og samfunnsborgere.

Behandlingskriteriene

Som pasienter vil vår opplevelse av spesialisthelsetjenesten avhenge av kvaliteten av behandlingen. Krav om god behandling må etter utvalgets oppfatning bety at følgende kriterier oppfylles:

1. *Høy faglig standard på pasientbehandlingen*, som innebærer tidsmessige metoder og høy kvalitet både i diagnostikk, behandling, omsorg og andre tjenester.
2. *God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester*, som innebærer tilfredsstillende akuttberedskap og forsvarlige ventetider til planlagt (elektiv) behandling.
3. *Likhet*, som innebærer at det skal være likeverdig behandlingstilbud for en bestemt tilstand, uavhengig av kjønn, alder, bosted, sosial status og betalingsevne.

Valgfrihetskriteriet

Som pasienter vil vår opplevelse av helsetjenesten også variere med våre muligheter til å velge tjenestetilbyder:

4. *Valgfrihet*, som innebærer realisering av pasientens lovfestede rett til å velge mellom alternative tilbydere, også private.

Forskning- og undervisningskriteriet

Som skattebetalere og samfunnsborgere vil vi være opptatt av flere forhold. Spesialisthelsetjenesten står, som andre virksomheter, overfor betydelige fornyelses- og omstillingskrav. Sykehusene har her en dobbel utfordring. For det første må de bidra med informasjon og kunnskap som gjør at overordnet myndighet får tilstrekkelig grunnlag for å beslutte nødvendige omstillinger. For det andre må de selv være i stand til å utvikle og iverksette egne omstillingsvedtak innenfor de rammer som er gitt. I denne sammenheng vil utvalget særlig vurdere finansieringsformene i forhold til å holde høy standard på forskning og utvikling):

5. *Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling*, som innebærer at medisinsk og pleiefaglig forskning og utdanning holder internasjonalt nivå, og at helsepersonellet til enhver tid er faglig oppdatert.

Effektivitetskriteriene

Som skattebetalere vil vi også vurdere helsetjenestens effektivitet:

6. *Kostnadskontroll*, som innebærer samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader.
7. *Kostnadseffektivitet*, som innebærer at det ikke sløses og at innsatsfaktorene i behandlingskjeden verdsettes og benyttes i henhold til sin samfunnsøkonomiske verdi.
8. *Prioriteringseffektivitet*, som innebærer både at helsetjenestene ytes i et omfang som er samfunnsmessig ønskelig, det vil si at nytten for samfunnet vurderes som høyere enn kostnadene, og at sammensetningen av tjenestene avspeiler helsepolitiske målsettinger innenfor tildelte økonomiske rammer.

Legitimitetskriteriene

Legitimitet uttrykkes ofte stilltiende, gjennom samtykke og oppslutning. Både for den enkelte pasient og samfunnsborger, og for ansatte i helsetjenesten er det avgjørende at finansieringssystemet har høy

legitimitet. Legitimiteten påvirkes av flere faktorer. Utvalget vil la legitimitetskriteriene omfatte krav til:

9. *Forutsigbarhet*, som innebærer at økonomiske virkemidler som for eksempel priser og aktivitetskrav ikke endres underveis i budsjettåret.
10. *Enkelhet og gjennomsiktighet*, som innebærer at finansieringssystemet er forståelig og legger til rette for utvetydig ansvarsplassering.

I del IV og V drøftes ulike finansieringsløsninger i forhold til disse evalueringskriteriene. Målet med diskusjonen er å klargjøre hvordan ulike finansieringsmodeller skårer i forhold til kriteriene. I evalueringen av alternative finansieringsordninger vil det ikke alltid være variasjon i forhold til alle kriteriene. For eksempel vil ulike finansieringsordninger for forskning neppe i nevneverdig grad påvirke likheten av behandling. Dette vil forenkle den etterfølgende diskusjonen.

Som vist i kapittel 6, vil det bare unntaksvis være slik at en bestemt finansieringsmodell er den beste for å nå alle relevante mål. Valg av finansieringsmodeller baseres til sist på avveininger. Til grunn for slike avveininger ligger mer grunnleggende verdier. Utvalgets endelige avveininger gjøres i kapittel 21, der det gjøres rede for forslaget til framtidig finansieringssystem.

Del III
Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver

Kapittel 8
Alternative modeller for finansiering av helseprodusentens hovedoppgaver

Dette kapitlet omhandler finansiering av institusjoner og personer som utfører spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, med størst vekt på pasientbehandling. Først i kapitlet (8.1) drøftes hvilke aktører som skal være ansvarlig for å bestille pasientbehandling fra helseprodusentene. Deretter følger utvalgets vurdering av hvilken aktør som bør ha dette ansvaret. I avsnitt 8.2 diskuteres alternative måter man kan finansiere pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og pasientopplæring på. Deretter følger et avsnitt om hvordan man kan gi insitamenter til god kvalitet. Til slutt i kapitlet gir utvalget sin endelige vurdering.

8.1 Hvem skal ha bestilleransvaret for pasientbehandlingen?

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten har gitt den norske stat et utvetydig ansvar for all spesialisthelsetjeneste. Reformen er derfor et viktig virkemiddel for å gjøre ansvarsforholdene innen spesialisthelsetjenesten klarere. Ansvars- og eierskapsreformen er dermed et viktig virkemiddel for å sikre en bedre ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten.

Dagens organisasjonsmodell løser imidlertid ikke alle problemene man står overfor i sektoren. Utvalget sikter her særlig til to svakheter med den nye modellen. Den første er at regionale helseforetak både har rollen som eier, og dermed utøver styring av helseforetakene, og rollen som bestiller av sykehustjenester. Den andre er at modellen gir for lite samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Dagens modell gir regionale helseforetak flere roller som kan komme i konflikt med hverandre

Regionale helseforetak har to hovedoppgaver:

- De er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lov, forskrifter og andre vedtak. Dette omtales gjerne som sørge for-ansvaret til regionale helseforetak.
- Hvert av de fem regionale helseforetakene er leder for sine helseforetak. Det vil si at de eier og utøver styring av regionens helseforetak. Helseforetaksloven pålegger at alle statlige virksomheter som leverer spesialisthelsetjenester skal være organisert som helseforetak. I praksis vil derfor regionale helseforetak være overordnet ledelse for all statlig spesialisthelsetjeneste i regionen.

Regionale helseforetak besitter dermed flere rolle. Derfor kan dagens organisasjonsmodell være til hinder for et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester. På den annen side gjør organiseringen at regionale helseforetak, gjennom eierstyring, kan sikre tilgangen til helsetjenestene de som bestillere har behov for.

Dagens modell innebærer et administrativt og finansielt skille mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Dagens organisasjonsmodell gir en svak samordning av primærhelsetjenesten og sykehussektoren. Undersøkelser viser at det er mangelfull koordinering mellom sykehus og hjemmebaserte tjenester i kommunene. Det kan føre til at sykehusene får for dårlig informasjon om pasientene. Dessuten får en betydelig andel av inneliggende pasienter ved sykehus oppholdet forlenget fordi de venter på kommunalt tilbud etter utskriving. Dette er noe av forklaringen på at pasienter blir liggende på korridorene. Andre undersøkelser tyder på at pasienter ved akuttavdelingene ved psykiatriske sykehus burde fått et tilbud utenfor sykehuset, og at disse legger beslag på unødig kostbare sykehusplasser. Se eksempelvis Hammervold og Jørgensen (1989), Nerland (2000) og Dalen m.fl. (2002).

Man kan derfor spørre om det er ønskelig at samme bestiller får ansvar for å etterspørre helse-

Boks 8.1 Hva er bestiller-utførermodeller?

Bestiller-utførermodeller er en del av moderniserings- og markedsstrategier som har blitt innført i mange lands offentlig sektorer. Hovedelementet i bestiller-utførermodellene er ønsket om å tydeliggjøre rollefordelingen i deler av offentlig virksomhet. Det gjelder på den ene siden rollen som brukerens (befolkningens) representant, og på den annen side rollen som tjenesteprodusent (utfører). Å skille disse to rollene kan bidra til at ressursallokeringen i offentlig sektor forbedres.

Innføring av bestiller-utførermodeller representerer en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. I stedet for å styre ved hjelp av den autoritet som ligger i et hierarki skal styringen ivaretas gjennom forhandlinger mellom en bestiller og en utfører. Kontraktsstyring er ment i større grad å synliggjøre hvilke mål som skal legges til grunn for tjenesteproduksjonen og hvilke resultater som lar seg realisere. I tillegg til å representere en form for markedstilpasning i offentlig sektor innebærer bestiller-utførermodellen også en ny form for mål- og resultatstyring.

For en nærmere gjennomgang av bestiller-utførermodellen henvises det til rapporten «Bestiller-utførermodellen – utfordringer og problemområder» skrevet av Tor Busch og Jan Ole Vanebo på oppdrag av Arbeids- og administrasjonsdepartementet i 2001.

tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten slik at en bedre samordning kan oppnås.

I resten av avsnitt 8.1 drøftes først ulike varianter der kommunene blir bestillere og dermed får ansvaret for å etterspørre helsetjenester for sin befolkning. Deretter diskuteres en modell hvor Helsedepartementet oppretter en egen bestillerorganisasjon med fem regionale kontorer. I begge disse modellen beholder dagens regionale helseforetak konsernledelsesansvar for helseforetakene. Til slutt drøftes ulike varianter av dagens modell, det vil si at regionale helseforetak har både bestiller- og eierrollen.

8.1.1 Kommunene som bestillere

Rollekonflikten tilsier et skille mellom bestiller og utfører. Det vil si at organisatorisk uavhengige institusjoner står for selve tjenesteproduksjonen og leverer helsetjenester på bestilling. Modellen med regionale helseforetak kan hindre et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører. Dermed kan man frykte at regionale helseforetak tar mest hensyn til lederoppgaven når det tildeler oppdrag til de ulike helseprodusentene (for eksempel for å sikre et langsiktig utviklingspotensiale ved en statlig helseinstitusjon). Det kan føre til at enkelte statlige sykehus blir favorisert i situasjoner hvor andre statlige eller private virksomheter kunne produsert tjenestene til høyere kvalitet og/eller lavere kostnader. Bestillerfunksjonen blir derfor «forstyrret» av ansvaret som regionale helseforetak har som leder av helseforetakene.

Samtidig viser erfaringene med fylkeskommunene som eiere at det er behov for en regional samordning av eierskapet for å koordinere investeringer bedre og sikre en sykehusstruktur med hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike typer av sykehus. Det kan derfor argumenteres for at regionale helseforetak bør opprettholde eieransvaret til sykehusene, men ikke ha ansvaret for å finansiere driften av virksomhetene.

Et alternativ kan derfor være å legge finansierings- og bestillerfunksjonen til kommunene. For det første er disse funksjonene trolig mer relevante for kommunalpolitisk styring enn eierfunksjonen (med et unntak for at sykehusenes lokalisering har betydning for lokal sysselsetting). Kommunene blir da lokalbefolkningens representant overfor produsentene av helsetjenester. Helsevesenet vil også være en del av et nasjonalt rettighetssystem. Dette kan ivaretas ved at Stortinget fastsetter nasjonale minimumsrettigheter for alle helsetjenester, og eventuelt finansierer dette ved et risikojustert per capita tilskudd til kommunene. Kommunene har mulighet til å gå ut over minimumsstandarden dersom det kan prioriteres innenfor kommuneøkonomien.

For det andre vil et kommunalt finansieringsansvar gi kommunene ansvar for å samordne primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene. Kommunen finansierer da alle offentlige helsetjenester, den benytter kommunalt ansatte og kommunale institusjoner for å produsere en del av disse tjenestene, mens den inngår kontrakter med statlige og/eller private institusjoner om andre. I et slikt system vil kommunene være motivert til bygge ut primærhelsetjenesten slik at for eksempel ferdigbehandlede pasienter ikke opptar kostbare plasser på sykehus.

Det er imidlertid ikke uproblematisk å la kommunene overta ansvaret for å bestille sykehustje-

nester. Det er problemer knyttet til at kommunene er lite økonomisk robuste til å håndtere økonomisk usikkerhet relatert til pasientbehandling, og det kan stilles spørsmål ved kommunenes faglige kompetanse til å utøve bestilleroppgaven.

Kommunalt bestilleransvar krever større enheter

En kommunestruktur med 435 kommuner medfører at de fleste kommunene er for lite økonomisk robuste til å håndtere et helhetlig bestilleransvar[1]. En bestiller-utførerorganisering der kommunene overtar hele bestilleransvaret for sykehustjenester forutsetter derfor at små kommuner slås sammen, eller at det etableres interkommunale selskaper som en felles innkjøpsorganisasjon for sykehustjenester. Alternativt kan man tenke seg «helsekommuner». Dette er sammenslutninger av kommuner som rendyrker sin rolle som helsebestillere. Dersom man velger en løsning med helsekommuner kan et eventuelt overskudd fra et godt forhandlingsresultat tilbakeføres som en gevinst til de enkelte kommuner, eller det kan brukes til å kjøpe ekstra sykehustjenester.

Kommunalt bestilleransvar krever faglig kompetanse

Bestillerenhetens kompetanse er svært viktig for å realisere de ønskede effektene til bestiller-utførermodellen. Dersom bestiller-utførermodellen ikke innebærer noen form for konkurranse, knyttes effekten av modellen til bestillers evne til kontraktsforhandlinger og kontraktsoppfølging. Hvis bestiller har for lav kompetanse om produksjonsprosessene i sykehusene, kan det føre til at de utøvende enhetene i for stor grad kan påvirke innholdet i kontraktene. Bestillerne kan da få problemer med å ivareta sine oppgaver på en god måte[2].

For å sikre faglig kompetanse til å bestille helsetjenester, må kommunene samarbeide med fastlegene. Som pasientenes rådgivere og «portvakter» kan fastlegene ha en nøkkelrolle. Kommunene må sørge for at kontraktene med fastlegene (enten som privatpraktiserende fastleger eller ansatte) sikrer at fastlegene er pasientenes agent overfor sykehus, poliklinikker og legespesialister. Det vil omfatte å holde seg informert om sykehusenes kompetanse, kvalitet og ventetider.

Kommunalt finanserings- og bestilleransvar vil også gi kommunene flere roller, og man risikerer at kommunale aktører favoriseres i forhold til alternative utførere. Et aktuelt eksempel er barnehagesektoren, der likebehandling av offentlige og private barnehager er et mål. Momsrefusjonsordningen er et konkret tiltak som er iverksatt for å sikre likebehandling av offentlig og private aktører. Til slutt må man nevne at en slik organisering medfører risiko for byråkratisering.

Et alternativ til at kommunene overtar det totale bestilleransvaret er å la kommunene overta deler av bestilleransvaret. Det vil si at penger til enklere behandlingsaktivitet overføres fra regionale helseforetak til kommunene, mens bestilleransvaret for eksempelvis akutt sykehusbehandling og sykehustjenester knyttet til graviditet og fødsel ligger hos regionale helseforetak. Denne modellen vil redusere problemet med at små kommuner ikke har finansiell ryggrad til å dekke kostbar behandling for sine innbyggere. En slik modell forventes også å gi gode insitamenter til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan være grunn til å anbefale ulike forsøksordninger for å komme fram til en egnet modell.

8.1.2 En ny statlig bestillerorganisasjon

Problemet relatert til regionale helseforetaks dobbeltrolle kan også løses innen den statlige forvaltningen ved at man oppretter en ny statlig bestillerorganisasjon. Den kan ha fem regionale avdelinger som har ansvaret for å etterspørre pasientbehandling for befolkningen i sin region. I dette avsnittet beskrives og drøftes ulike varianter av denne modellen.

Argumentene for et klarere rolleskille i sykehussektoren tar utgangspunkt i at regionale helseforetak har mange mål de skal oppfylle, og at disse målene delvis strider mot hverandre. Det ønskes at regionale helseforetak skal påse at sykehusene driver effektivt, men samtidig skal regionale helseforetak også sikre at befolkningen får et likeverdig tilbud av høy kvalitet. I tillegg skal pasientenes rett til fritt sykehusvalg, ivaretas. Hvis én organisasjon skal ivareta alle disse målsettingene, kan hensynet til noen mål lett gå på bekostning av andre. Regionale helseforetak kan for eksempel slakke av på kravet om å drive effektivt under dekke av å ha levert høy kvalitet og service, spesielt dersom nivået vanskelig kan verifiseres.

1. Konkret risikerer mindre kommuner at kostbar behandling for noen av innbyggerne vil sprenge budsjettet.
2. I følge BRI Inquiry Sectretariat (1999) tok det lang tid for bestillerorganisasjonene i det engelske helsevesenet utviklet nødvendig kompetanse til å utøve reell styring gjennom kontrakter. Samtidig hadde ikke bestiller noen strategi for hvordan kvalitet og/eller produktivitet kunne forbedres. Kontraktene fungerte i begynnelsen kun som en ny finansieringsform og det tok tid før bestiller spilte en proaktiv rolle i utviklingen av helsetjenestene.

Det kan derfor argumenteres for å tildele ansvaret for ulike mål til ulike aktører.[3] Aktøren som fyller eierrollen, vil ha som mål å drive effektivt, mens aktøren som fyller bestillerrollen vil ha som mål å ivareta brukernes interesser.

En slik løsning kan gjennomføres ved at for eksempel Eierskapsavdelingen i Nærings- og handelsdepartementet står som eier av regionale helseforetak mens Helsedepartementet står som eier av et nyopprettet statlig bestillerorgan med fem regionale avdelinger. Et annet alternativ kan være at Rikstrygdeverket eier bestillerorganisasjonen.

I disse modellene er den organisatoriske avstand mellom bestiller og utfører forskjellig. Det har konsekvenser for i hvor stor grad det er mulig å erstatte tradisjonell eierstyring med kontraktsstyring (jf. kap. 8.2.1). Generelt vil det være slik at jo større organisatorisk avstand mellom bestiller og utfører, jo større er muligheten til å bruke klassiske kontrakter. Det vil si kontrakter som i stor grad formaliserer kommunikasjon og samarbeid mellom bestiller og utfører. Modeller hvor Helsedepartementet eier både bestiller og utfører åpner for mer hierarkisk styring. Helseministeren som er overordnet både bestiller og utfører vil uansett modell kunne gripe inn i kontraktsforhandlingene.

En modell hvor Rikstrygdeverket eier bestillerorganisasjonen, vil kunne gi et noe klarere skille mellom bestiller- og utførerrollene fordi et etableres et nivå mellom departementet og bestillerorganisasjonen. Denne modellen vil derfor legge bedre til rette for konkurranse mellom sykehusene og private aktører. En slik modell kan følges opp organisatorisk ved at Rikstrygdeverket organiserer fem regionale kontorer som samsvarer med dagens helseregioner. Finansieringmessig kan eksempelvis modellen følges opp ved at regionkontorene forvalter den delen av Stortingets sykehusbevilgning som ikke følger pasienten som stykkpris. Disse regionkontorene stilles fritt til å inngå avtaler med både offentlige og private tjenesteytere for å oppfylle plikten til å sørge for at befolkningen har tilgang til nødvendige helsetjenester. Sykehusene på sin side vil måtte konkurrere om å tilby gode og kostnadseffektive tjenester til det regionale bestillerorganet. I tillegg til penger som følger eventuelle avtaler med de regionale bestillerorganisasjonene, mottar sykehusene stykkprisen som følger direkte med behandlede pasienter fra staten.

Til slutt bør det påpekes at det å opprette en ny statlig bestillerorganisasjon som bare har ansvar for å etterspørre sykehustjenester ikke er et veleg-net virkemiddel til å sikre en bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

8.1.3 En videreutvikling av dagens modell

I dette avsnittet drøftes ulike organisatoriske løsninger som kan sikre et klarere skille mellom rollene til regionale helseforetak roller, og som kan forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse løsningene kan gjennomføres innen dagens organisasjonsmodell.

Regionale helseforetak deles i en bestiller- og en utførerseksjon

Man kan skille bestiller- og utførerrollene internt i regionale helseforetak. Det vil si at regionale helseforetak deles i en bestillerseksjon og en utførerseksjon. Sammenlignet med modellene i avsnittet foran, vil denne varianten gi mindre organisatorisk avstand mellom bestiller og utfører. Modellen vil likevel tydeliggjøre rollene til de regionale helseforetak. Administrerende direktør i regionale helseforetak vil bli overordnet seksjonene, og blir den som tar de endelige beslutningene hvis bestiller- og utførerseksjonene ikke kommer til enighet. Siden administrerende direktør også er med på å legge strategiske føringer på hvilke beslutninger som tas, er den organisatoriske avstanden liten.

Penger til enkelte behandlingsaktiviteter overføres til primærhelsetjenesten

Det ble i avsnitt 8.1.1 argumentert for at dagens kommunestruktur er en av grunnene for at det er lite ønskelig å overføre hele bestilleransvaret for spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er også en modell som bryter med dagens organisering av helsesektoren. En variant av modellen er å overflytte ansvaret for enkelte behandlingsaktiviteter til primærhelsetjenesten. Eksempelvis kan man tenke seg å overføre det finansielle ansvaret for deler av elektiv og ambulant behandling fra regionale helseforetak til primærhelsetjenesten.

En slik modell har likhetstrekk med reformene som ble gjennomført i det engelske helsevesenet på begynnelsen av 1990-tallet (The NHS 1991 Reform). Et viktig element i denne reformen var opprettelsen av såkalte «GP-fundholders» hvor en del av helsesektorens budsjett ble tildelt praktiserende leger innen et avgrenset distrikt. Det tildelte budsjettet dekker en begrenset del av sykehustjenestene, primært elektive og ambulante behandlinger, samt reseptpliktig medisin. Samtidig fikk «GP-fundholders» tillatelse til å beholde eventuelle

3. I tillegg kan det opprettes egne kontroll- og tilsynsmekanismer knyttet til om målene blir nådd.

Boks 8.2 The NHS 1991 Reform og nye reformer etter 1997

Fra 1. april 1991 innførte regjeringen i Storbritannia et skille mellom bestillere og leverandører av sykehustjenester. Reformen innebar etablering av lokale bestillerorganisasjoner (District Health Authorities) og sammenslutning av allmennleger i General Practitioner Fundholders. Legepraksiser måtte ha et minimumsantall på 5000 pasienter (1995-tall) for å få et bestilleransvar. Bestilleransvaret for akutt sykehusbehandling, sykehustjenester knyttet til graviditet og fødsel, mentale lidelser, kreftbehandling og nyre- og urinveissykdommer var hos District Health Authorities (DHA). I tillegg dekket DHA kostbare behandlinger (over £ 6000 per år). I 1995 hadde ca. 40 prosent av alle legepraksiser et bestilleransvar. Disse dekket ca. halvparten av befolkningen (Fattore 1999).

Ideen bak de indre markeder i Storbritannia har mange fellestrekk med framveksten av «Managed Care» organisasjoner i USA. Det var ingen begrensninger på hvor DHA og GPFH kunne kjøpe sykehustjenester, og de inngikk detaljerte fastpriskontrakter om behandlingen. Begrunnelsen for reformen var at når sykehusene måtte begynne å konkurrere om oppdrag, så ville ventetiden bli redusert, effektiviteten øke og kostnadene falle. Langt på vei uteble imidlertid disse effektene (LeGrand m.fl. 1998, Propper og Søderlund 1998 Propper m.fl. 1998, Propper 1996, Søderlund m.fl. 1997, Enthoven 2000). For eksempel medførte økt konkurranse bare reduserte priser/kostnader for noen tjenester, og størrelsen på disse prisreduksjonene var også relativt små (maksimalt 10 prosent). I debatten omkring reformene er det dessuten blitt reist spørsmål ved om man virkelig oppnådde økt konkurranse etter etableringen av fundholders på 1990-tallet, eller om man i virkeligheten oppnådde en serie, lokale monopoler.

Samtidig med reformene i retning av økt konkurranse beholdt man en sterk sentral styring med de økonomiske midlene selv etter reformene. Finansiering og budsjett ble besluttet av regjeringen, og det var regjeringen og NHS sentralt som utnevnte lokale styrer for bestillerorganisasjoner og sykehus.

Etter 1997 har Labour-regjeringen iverksatt reformer i retning av større bruk av langsiktige avtaler og større integrasjon mellom bestillerenheter og utførere av tjenester. Systemet med budsjettansvarlige leger er opphørt fra 1999 og er erstattet av en reform av allmennlegenes rolle ved etablering av sammenslutninger av leger i Primary Care Groups, PCG. Til forskjell fra tidligere GP fundholders kan ikke de nye primærlegegruppene velge pasienter blant befolkningen, men er ansvarlige for behandlingen av alle pasienter i sitt geografiske område. Helsemyndighetene kommer suksessivt til å overføre bevilgninger til disse primærlegegruppene med leger og sykepleiere som skal stå ansvarlige for å sikre både primær- og spesialisthelsetjenester for sin lokalbefolkning. Det finnes imidlertid muligheter for primærlegegruppene å velge på hvilket nivå de vil ivareta sin lokalbefolknings behov: Et alternativ er at de opptrer som rådgivere i forhold til Health Authorities for planlegging og bestilling av tjenester, et annet alternativ er at PCG overtar budsjettansvaret for sitt område, og til sist er det også mulig å etablere integrerte organisatoriske enheter (Primary Care Trusts) som får i oppgave å både planlegge og utføre helsetjenester.

overskudd dersom det ble reinvestert i deres praksis.

8.1.4 Utvalgets vurdering

Utvalget har i avsnitt 8.1 skissert ulike modeller for hvem som skal ha bestilleransvaret for spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, med størst vekt på pasientbehandling. Utgangspunktet for det er knyttet til rollen regionale helseforetak har som bestiller og utfører samt at dagens organisasjonsmodell gir for lite samordning av primærhelsetjenesten og sykehussektoren.

Utvalget presterte først en modell hvor kommunene overtar bestilleransvaret for hele spesialisthelsetjenesten. Denne modellen har gode egenskaper fordi rollene som bestiller og utfører skilles, samtidig sikres en bedre integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På den annen side vil modellen sannsynligvis kreve en utstrakt

grad av samarbeid mellom kommuner for å håndtere den økonomiske risikoen et helhetlig bestilleransvar medfører. Siktemålet med denne utredningen er at det skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten. Utvalgets velger derfor ikke å utrede denne modellen videre, men vil i stedet foreslå at forsøksordninger med ulike modeller for samordning av økonomisk ansvar for primær- og spesialisthelsetjeneste. Det henvises forøvrig til forslag 9 i kapittel 21.

Deretter skisserte utvalget en modell hvor staten oppretter en ny statlig bestillerorganisasjon. Hovedideen i modellen er å skape en større organisatorisk avstand mellom rollene som bestiller og utfører. Igjen vil utvalget poengtere at denne modellen fokuserer mer på organisatorisk løsninger enn finansielle. Utvalgets vurdering er derfor at en videre utdyping av også denne modellen ligger utenfor utvalgets mandat. Utvalget vil også poengtere at det framgår av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) at man vurderte om bestiller- og utførerfunksjonene burde plasseres i atskilte organer. Dette kunne gi grunnlag for et klarere politisk fokus på bestilleroppgaven, regionale helseforetak kunne i større grad gjøre bruk av konkurranse og de utøvende virksomhetene kunne gis mer selvstendige roller. Flere forhold førte til at en slik løsning ikke ble valgt, bl.a. risiko for byråkrati og spillsituasjoner, at det i store deler av landet er begrensede forutsetninger for å etablere gode konkurransesituasjoner og at heller ikke den nødvendige kompetanse til å utøve bestillerfunksjonen forelå.

Til slutt i avsnitt 8.1 skisserte utvalget ulike varianter av modeller som kan gi et klarere skille mellom rollene til regionale helseforetak roller og som kan forbedre samhandlingen mellom tjenestenivåene i helsesektoren. Den første modellen tar utgangspunkt i at regionale helseforetak deles i en bestillerseksjon og en utførerseksjon, mens den andre modellen tar utgangspunkt i at primærhelsetjenesten overtar bestilleransvaret for enkelte behandlingsaktiviteter. Etter utvalgets syn er det mulig å realisere begge disse modellene innenfor dagens organisering av helsesektoren.

Når en integrert modell er valgt, er det viktig å ha et styringsmessig fokus på forhold som påvirker modellens virkemåte. Etter utvalget syn skal lederoppgaven til regionale helseforetak overfor helseforetakene i gruppen understøtte sørge for-ansvaret. Det vil altså være en feil praktisering av modellen dersom regionale helseforetak i praktiseringen av sørge for-ansvaret /bestilleroppgaven prioriterer å understøtte og ivareta interessen til sine egne helseforetak i tilfeller der plassering av oppgavene annet sted ville gitt bedre resultat. I tillegg vil en deling av regionale helseforetak i en bestiller- og en utførerseksjon innebære en risiko for byråkrati, samtidig som en slik deling ikke skaper en særlig stor avstand mellom bestiller og utfører. Det vil framdeles være administrerende direktør som tar de endelige beslutninger. Utvalget erkjenner at et organisatorisk skille mellom en bestiller- og en utførerenhet i regionale helseforetak ikke innebærer at rollekonflikten løses. Utvalget vil derfor ikke foreslå å etablere et organisatorisk skille i regionale helseforetak. Utvalget henviser også til forslag 12 i kapittel 21 hvor utvalget, for å begrense rollekonflikten, foreslår at alle private aktører inngår avtaler på regionalt nivå, og ikke med de enkelte foretak.

I utvalgets mandat er det understreket at Samarbeidsregjeringen vil utrede et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester, samt at utvalget bør drøfte hvordan ulike finansieringsmodeller kan bidra til å understøtte bruk av et slikt skille. Utvalget vil i denne sammenheng vise til at Helsedepartementet arbeider med spørsmålet om fastsettelse av individuelle frister. Her vurderes blant annet spørsmålet om andre enn foretakene skal kunne forvalte pasienters rettigheter når helseforetakene overskrider individuelt fastsatte frister. Dette tiltak innebærer at bestilleroppgaven for et begrenset område plasseres i en annen organisasjon.

Til slutt vil utvalget poengtere at samarbeid mellom tjenestenivåene er viktig, og at regionale helseforetak har ansvar for at samarbeidet med førstelinjen ivaretas. Det framkommer i statens styringsbrev til regionale helseforetak at de, gjennom sin eierstyring, skal kunne stille krav om samarbeid mellom de enkelte helseforetak og primærhelsetjenesten.

8.2 Alternative måter å finansiere spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver på

Gitt så at det er regionale helseforetak som skal finansiere spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, gjenstår fortsatt spørsmålet om hvordan disse oppgavene skal finansieres. Formålet med dette avsnittet er å redegjøre for alternative måter regionale helseforetak kan finansiere pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og pasientopplæring på. Beskrivelsene av finansieringsordninger er på et generelt plan. Begreper

og sammenhenger som presenteres vil imidlertid bli brukt i drøftinger av modellene i kapitlene 9–14.

Staten signaliserer hvilke mål, rammer, premisser og resultatkrav og hvilke økonomiske midler regionale helseforetak har til disposisjon. Hovedutfordringen for regionale helseforetak er å inngå avtaler og kontrakter med ulike helseprodusenter, det være seg egne datterselskap eller andre aktører, slik at de oppnår en gitt produksjon av helsetjenester med ønsket kvalitet til den kostnad staten er villig til å betale for.

Måten regionale helseforetak velger å finansiere ulike helsetjenester på er et av virkemidlene de har til disposisjon for å sikre høy måloppnåelse. Finansieringsordningene må imidlertid ses i sammenheng med andre styringsinstrument som står til rådighet. Det er da viktig å skille mellom eierstyring regionale helseforetak kan utøve overfor sine datterselskap, og den styring det regionale helseforetaket kan utøve gjennom sin rolle som kontraktspartner.

I dette avsnittet drøftes først hva som menes med eier- og kontraktsstyring av helseprodusenter. Deretter følger en diskusjon av ulike kontraktstyper regionale helseforetak kan bruke for å finansiere sykehusene hovedoppgaver på. Til slutt gir utvalget sin vurdering.

8.2.1 Eierstyring og kontraktsstyring

Med eierstyring menes de beslutningene regionale helseforetak kan treffe i kraft av å eie en virksomhet, eksempelvis et helseforetak. Denne formen for styring bygger på en hierarkisk styringsmodell. Når regionale helseforetak opptrer som eier, er det i prinsippet ingen grenser for hva de kan pålegge underliggende helseforetak så lenge de formelle kravene som stilles i utøvelsen av styringen oppfylles. Disse kravene er framført i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). I tillegg gir eierrollen regionale helseforetak retten til å fatte beslutninger dersom situasjoner som ikke er omfattet av formelle bestemmelser oppstår.

Kontraktsstyring kan regionale helseforetak utøve ved å inngå kontrakter om levering av varer og tjenester. Kontraktsstyring bygger altså på at regionale helseforetak er part i en kontrakt. Den andre parten kan enten være ett av datterselskapene til de regionale helseforetakene, eller en helseprodusent det regionale helseforetaket ikke eier. I det første tilfellet vil kontraktsstyringen supplere eierstyringen. I det andre tilfellet er kontrakten det primære virkemidlet for det regionale helseforetaket.

Kontraktsstyring innebærer at en enhet styres gjennom en gjensidig forpliktende avtale mellom to parter. Det er vanlig å skille mellom to typer kontrakter, klassiske og relasjonelle. Forskjellen mellom dem er vekten som legges på de formelle sidene ved kontraktene.

Klassiske kontrakter er kjennetegnet ved et strengt legalt regime, og forutsetter to uavhengige avtalepartnere. Det inngås ofte en skriftlig og bindende avtale mellom disse. Kontrakten er juridisk bindende, og partene kan benytte tradisjonelle avtalerettslige virkemidler for å ivareta sine interesser. Avtalen kan sies opp, og det kan eventuelt kreves erstatning. Hvis partene er uenige om en kontrakt er oppfylt, kan tvisten prøves i rettsapparatet. Klassiske kontrakter må derfor spesifiseres slik at en tredje part, i etterkant, kan avgjøre om kontrakten er oppfylt.

Klassiske kontrakter regnes som særlig egnet for engangstransaksjoner hvor partene har lite felles interesse i å reforhandle kontraktsbetingelsene.

Relasjonelle kontrakter legger mindre vekt på det formelle. For eksempel er de relasjonelle kontraktene ofte utformet på en slik måte at bare partene selv, og ikke en nøytral tredjepart, er i stand til å avgjøre om kontrakten er oppfylt. Kontraktsformen er derfor fleksibel, den gir partene mulighet til å utnytte sine detaljkunnskaper samt å endre kontrakten når ny informasjon blir tilgjengelig.

Fordi en relasjonell kontrakt ikke kan prøves i domsapparatet, er det viktig at den er utformet slik at begge partene har interesse av å utvikle og opprettholde et langsiktig forhold. Det vil si at kontrakten må utformes slik at begge partene har tillit til at den andre parten vil etterleve kontraktens «bokstav» så vel som «ånd» og at partene søker å yte mer enn minimumsforpliktelsene i kontrakten for å ivareta hverandres interesser. På denne måten blir den relasjonelle kontrakten et viktig virkemiddel for å fremme en disiplinert dialog mellom partene.

Relasjonelle kontrakter regnes som særlig egnet for transaksjoner hvor partene har felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, samt i tilfeller hvor det er store transaksjonskostnader knyttet til å tegne juridisk bindende kontrakter.

8.2.2 Kontraktsstyring og rollene som bestiller og utfører

I utøvelsen av bestillerrollen har regionale helseforetak mulighet til å vurdere i hvor stor grad de vil

benytte seg av anbudskonkurranse, og hvilke tjenestetilbydere som kan trekkes inn i slik konkurranse. Mulige tjenestetilbydere kan være offentlige foretak i egen region, i andre regioner eller i utlandet, i tillegg til private. Avhengig av om de regionale helseforetakene benytter anbudskonkurranse, eller bestiller hos egne datterforetak uten konkurranse, vil det ha betydning for hvilke kontraktsformer som velges. Dersom det legges til grunn anbudskonkurranse, må det benyttes klassiske kontrakter fordi potensielle produsenter må vite hvilke tjenester de konkurrerer om. Kontrakten som inngås med anbudsvinneren må derfor spesifisere hva slags tjenestenivå som ligger til grunn for vinnerbudet, og hvilke økonomiske betingelser som gjelder.

Dersom det regionale helseforetaket bestiller tjenester direkte fra eget datterforetak uten konkurranse, kan eierstyring og relasjonelle kontrakter brukes i større grad.

Eier- og kontraktsstyring overfor datterselskap[4] Et viktig spørsmål er hvilke typer kontrakter som best supplerer eierstyring til regionale helseforetak. For å svare på dette spørsmålet er det viktig å huske på at produksjon i egne datterselskap gir regionale helseforetak residual styringsrett. Det vil si at regionale helseforetak kan utøve eierstyring når uventede situasjoner oppstår.

En del former for eierstyring er forenlig med alle former for kontraktsstyring. Eierne skal delta aktivt i definisjonen av helseforetakenes overordnede formål, den skal peke ut en ledelse som har et balansert syn på virksomhetens samfunnsansvar og økonomiske mål. Og regionale helseforetak bør, gjennom eierstyringen, legge rammer for helseforetakets strategi. Denne formen for eierstyring supplerer styring gjennom kontrakter og griper ikke direkte inn i avtaleforholdet mellom bestiller og tjenesteprodusent.

Andre former for eierstyring kan imidlertid gjøre klassisk kontraktsstyring overfor datterselskapene vanskelig. Dette er særlig den form for eierstyring som griper direkte inn i avtaleforholdet mellom det regionale helseforetaket og dets datterselskap. For å illustrere dette kan en anta at det oppstår en uenighet mellom det regionale helseforetaket og ett datterforetak om hvor store bevilgninger som er nødvendig for å nå bestemte resultater. Denne uenigheten kan oppstå både før kontrakten inngås og etter at kontraktsvilkårene er fastsatt.

I den videre drøftingen skisseres mulige løsninger på denne konflikten. Først drøftes styringsmessige pålegg, deretter at eier skifter ut styre og/eller daglig leder. Til slutt diskuteres om bruk av relasjonelle kontakter er et bedre supplement til eierstyring enn klassiske kontrakter.

Styringsmessige pålegg. Anta nå at det regionale helseforetakene velger å aktivere sin eierposisjon og «løser» uenigheten gjennom styringsmessige pålegg. Det vil si at det regionale helseforetaket pålegger ledelsen/styre i datterselskapet å akseptere avtalevilkårene eventuelt pålegger virksomheten bestemte tiltak. Ulempen med denne løsningen er at det regionale helseforetaket blir medansvarlig for driften av helseforetaket, og det blir dermed umulig å holde ledelsen og styret av virksomheten ansvarlig for oppnådde resultater.

Eier skifter ut styre og/eller daglig leder. En annen løsning på konflikten er at det regionale helseforetaket benytter sin eierposisjon til å skifte ut styret og/eller daglig leder. Bakgrunnen kan være følgende: Dialogen mellom partene fører ikke fram til en felles forståelse av årsaken til høyere kostnader. Partene blir ikke enig om hva som er årsaken til kostnadsoverskridelsen, er det dårlig ledelse eller vanskelige rammevilkår? Uenigheten mellom det regionale helseforetaket og datterselskapet fører til at eier mister tillit til styre/daglig leder som skiftes ut.

Sett nå at eier tar feil i sin påstand – kostnadsoverskridelsen skyldtes ikke lav effektivitet. I så fall er det opplagt at en ny ledelse raskt vil støte på de samme problemene som den tidligere ledelsen – og nye ledere kan ikke utrette mer enn forgjengerne. Det er å forvente at slike lederskifter vil gjøre det vanskelig å finne nye kompetente ledere. Gode ledere vil ikke påta seg ansvar hvis de risikerer å bli skiftet ut når de påpeker at fastsatte resultater ikke kan oppnås med tilgjengelige ressurser.

Sett nå at det regionale helseforetaket har rett i sin påstand – kostnadsoverskridelsene skyldes dårlig ledelse. Også i dette tilfellet vil utskiftning av ledelsen ha negative effekter. Utskiftninger av styret og/eller daglig ledelse berører ikke ansatte i helseforetaket – de har sett at lav effektivitet kun har konsekvenser for toppledelsen. Det er kun ledelsen som risikerer å miste jobben. For de ansatte er det ingen grunn til å legge om veletablerte arbeidsformer.

I den organisasjonssosiologiske litteraturen omtales dette som «dekobling»: Det vil si at organisasjonenes formelle styringsmodell samsvarer ikke med det praktiske liv som utspiller seg på grunnplanet i organisasjonen. Faktisk vil høy utskiftningstakt av toppledere lett føre til at nye ledere får svekket autoritet internt i virksomheten. De ansatte vil forvente at toppledelsen får et kort liv

4. Argumentene i dette avsnittet følger diskusjonen i Sørensen (2001).

i organisasjonen. En ny ledelse vil sikkert finne på helt nye omstillingstiltak og reformer – men er det noen grunn til å ta disse forslagene alvorlig? Hvis denne situasjonen blir kjent blir det vanskelig å rekruttere ny kompetent ledelse.

Dette er et kraftig resultat, og det kan være på sin plass å påpeke at det finnes måter for en ny ledelse å «koble samme» organisasjonen igjen. Det tenkes her særlig på at ledelsen kan bruke insentivkontrakter overfor den enkelte medarbeider, det enkelte team, eller den enkelte avdeling for å sikre at hver enkelt ansatt i helseforetaket har egeninteresse i å handle i samsvar med hva ledelsen ønsker. Dette er en krevende oppgave som ikke behandles nærmere.

En kontrakt som inngår mellom et helseforetak ledelse og det eier forutsetter at ledelsen har reell mulighet til å styre organisasjonen. Det er blant annet dette som ligger til grunn for opprettelsen av helseforetak som egne rettssubjekter med egen handlingsevne både rettslig og økonomisk. Ledelse av store og komplekse organisasjoner forutsetter imidlertid at etterlevelse av kontrakter er et mål også for mellomledere og grunnplanet i organisasjonen. Eierstyring vil lett undergrave de ansattes respekt for kontrakten, og dermed selve grunnlaget for styring gjennom kontrakter. Styring gjennom klassiske kontrakter forutsetter derfor at regionale helseforetak ikke benytter til eierposisjon til å løse konflikter om kontraktene.

Relasjonelle kontrakter som løsning på problemet. Det grunnleggende problemet i konflikten som er skissert over er det regionale helseforetaket ikke vet om kostnadsoverskridelsene skyldes dårlig ledelse eller forhold som ikke helseforetaket selv kan påvirke. Konflikten oppstår med andre ord som følge av at eier ikke besitter nok informasjon til å vurdere ledelsens innsats på et objektivt grunnlag. En mulig løsning er derfor å skrive relasjonelle kontrakter i stedet for klassiske. Dette følger fordi relasjonelle kontraktene er (eller bør) være utformet på en slik måte at begge partene har interesse av å utvikle og opprettholde et langsiktig forhold. På denne måten tones interessekonfliktene mellom partene ned, og den relasjonelle kontrakten blir et viktig virkemiddel for fastsettelse av resultatmål og bevilgninger, og endringer i kontraktsbetingelsene.

Konflikten løses altså ved av kontrakten reforhandles. Siden begge partene har egen interessert i å opprettholde et langsiktig forhold, vil reforhandligsprosessen kunne foregå disiplinert. Eksempelvis vil regionale helseforetak være tilbakeholdende med å bruke sin eierposisjon til å gripe kortsiktig inn i datterforetakets ledelse, men sykehuset ikke vil benytte eksponering i media til å presse fram økte bevilgninger.

8.2.3 Ulike kontraktstyper[5]

I dette avsnittet presenteres ulike kontraktstyper som det regionale helseforetaket kan inngå overfor ulike helseprodusenter. I de påfølgende kapitlene vil det bli diskutert hvordan regionale helseforetak kan bruke disse kontraktstypene for å sikre en høy grad av måloppnåelse. I tillegg henvises det til vedlegg 1 hvor utvalget har gjennomført en mer prinsipiell diskusjon av de ulike kontraktstypene som blir presentert i dette avsnittet.

Det er vanlig å skille mellom kontrakter som spesifiserer betalingsbetingelser som avhenger enten av volum og/eller av (realiserte) kostnader av ulike aktiviteter:

Rene rammekontrakter. Med dette menes at regionale helseforetak tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning og forventer behandlede pasienter i bytte. Tilpasning av kvalitet og omfang av tjenesteproduksjonen skjer i sykehuset uten innblanding fra overordnede myndigheter.

Sofistikerte rammekontrakter. Disse kontraktene kombinerer en ren rammekontrakt med en avtale som åpner for forhandlinger om kostnadsdeling hvis realisert produksjonen er utenfor forventet volum. I denne typen kontrakt spesifiseres det ofte ikke konkret hvilken kostnadsdeling som skal gjelde hvis realisert og avtalt produksjon avviker, bare at det skal være forhandlinger.

Rammekontrakter med produksjonskrav. Disse kontraktene tildeler sykehuset en ramme som skal dekke forventet tjenesteproduksjon opp til et gitt volum. For produksjon utover dette gitte volumet mottar sykehuset betaling per utført tjeneste (stykkprisbetaling).

Stykkpriskontakter. Ved denne kontraktstypen betaler det regionale helseforetaket per utført tjeneste eller eventuelt per behandling gitt en bestemt kvalitet. Prisen bestemmes ved inngangen til hvert budsjettår.

Kostplusskontrakter[6]. Dette er en kontraktstype som sier at tilskuddet til sykehuset fastsettes i etterkant basert på kostnadene som dokumenteres i regnskapet.

Disse ulike kontraktsformene varierer med hensyn til både realisert volum og realiserte kostnader. Eksempelvis inneholder rene rammekon-

5. Det finnes mange måter å klassifisere kontrakter på. Her presenteres en klassifisering som samsvarer med de kontraktstypene som er mest brukt i den britiske helsesektoren (NHS). Se Chalkley og McVicar (2001).
6. Denne typen kontrakt er ikke lovlig i NHS.

trakter ingen elementer som gjør at betalingsbetingelsene varierer med realisert volum og regnskapsførte kostnader. Stykkpriskontraktene på sin side er lineære volumkontrakter, mens kostplusskontraktene rendyrker samsvaret mellom realiserte kostnader og den betaling sykehuset får.

Det er også mulig å tenke seg ulike varianter at hovedtypene. Eksempelvis kan man ha en stykkpriskontrakt med øvre grenser for hva som blir honorert. En slik kontrakt vil ha mange likheter med en rammekontrakt med produksjonskrav. Dette illustrerer også at det vil være flytende overganger mellom hovedtypene av kontrakter.

Regionale helseforetak vil kunne oppnå ytterligere gevinster dersom de har muligheter til å sammenligne resultatene som de forskjellige sykehusene oppnår. Slike sammenligninger (målestokkonkurranse) kan gi nyttig informasjon dersom ytre begivenheter (for eksempel endringer i aldersfordeling) påvirker alle sykehus på samme måte og man klarer å forhindre at sykehusene samarbeider for å unngå kostnadsreduksjoner. Det regionale helseforetaket kan da for eksempel knytte størrelsen på budsjettet til mål for observerte kostnader per DRG-poeng i forhold til gjennomsnittet for den aktuelle gruppe av sykehus. Sykehusene vil da bli oppmuntret til å anstrenge seg for å oppnå kostnadsreduksjoner, siden egne kostnadsreduksjoner i liten grad vil medføre budsjettreduksjoner følgende år.

Boks 8.3 Finansiering av helseforetak basert på relative prestasjoner

Utvalget har fått gjennomført et utredningsoppdrag med teamet «finansiering av helseforetak basert på relative prestasjoner». Oppdraget er utført av Egil Kjerstad og Trond Olsen ved Program for helseøkonomi i Bergen (HEB). Hovedspørsmålet i rapporten er om regionale helseforetak kan forbedre ressursbruken ved å utnytte informasjon om relative prestasjoner mellom egne helseforetak, det vil si om målestokkonkurranse kan brukes som utgangspunkt for å bestemme finansielle overføringene mellom regionale helseforetak og helseforetak. I rapporten belyses dette spørsmålet ved å ta utgangspunkt i insentivteoretiske bidrag. Prinsipielt sett er målestokkonkurranse gunstig med sikte på å hente inn informasjon om kostnadsforhold og for den del kvalitetsforhold i sykehussektoren. Målestokkonkurranse åpner opp for bedre risikodeling, og skjerper insitamentene til kostnadseffektiviserende innsats. Målestokkonkurranse kan svekke insitamentene til eksplisitt samarbeid mellom enheter som konkurrerer med hverandre. Det kan også bli mindre attraktivt å foreta investeringer som kan bidra til å øke effektivitetsnivået til alle produsentene, slik som å bruke ressurser til å finne fram til bedre organisasjonsformer som lett kan anvendes av andre produsenter. Andre utfordringer knytter seg til å utforme konkurransen slik at helseforetakene foretar de rette avveiningene mellom for eksempel kvalitet, tilgjengelighet og kostnadseffektivitet. Det er også av prinsipiell betydning om aktørene kan inngå troverdige langsiktige kontrakter eller ikke.

8.3 Insitament for god kvalitet

Den viktigste drivkraften for god kvalitet i pasientbehandlingen bør først og fremst være profesjonsetikken og helsepersonellets omtanke for pasienten i behandlingssituasjonen. Det viktigste virkemiddel for god kvalitet vil derfor alltid være utdanning og opplæring. I tillegg vil også pasientens frie valg av sykehus, avhengig av hvordan dette blir tilrettelagt, kunne være et insitament til god kvalitet i behandlingen. Muligheten for at enheter med dårlig kvalitet kan miste pasientgrunnlaget gjennom fritt sykehusvalg kan først og fremst være et insitament til god kvalitet «slik som pasienten opplever den». Men dersom kvaliteten i behandlingstilbudet, utover ventetid og de mer perifere kvalitetsindikatorer, blir mer tilgjengelig for pasientene vil det også være et insitament for god kvalitet i videste forstand. Sykehuseier skal også etterspørre kvalitet i eierrapporteringen, og dette vil slik sett være en viktig faktor for å fremme bedre kvalitet i behandlingen.

En forutsetning for etterspørsel og dokumentasjon av god kvalitet på innhold i og resultater av de egentlige helsetjenestene, er at disse baseres på data fra kliniske kvalitetsregistre. Dette lar seg i dag gjøre bare i begrenset omfang, og en betydelig innsats for å opprette kliniske kvalitetsregistre på alle fagfelt er påkrevet. En forutsetning for god kvalitet er også utvikling av en gjennomgående kultur for kritisk evaluering og kvalitetsforbedring, der avvik og kritiske hendelser evalueres åpent og gir grunnlag for faktiske forbedringer.

8.3.1 Hva er kvalitet?

Begrepet kvalitet kan romme mye. Generelt kan manglende kvalitet betraktes som gapet mellom det som kan gjøres i henhold til beste kunnskap, og det som faktisk blir gjort. Manglende kvalitet kan både oppstå som følge av underforbruk, overforbruk og feilbruk av helseressurser. Som et eksempel på utilstrekkelig foreskriving kan nevnes forskrivning av lipidsenkende behandling til pasienter med høye LDL-c nivåer. Som et eksempel på overforbruk kan nevnes enkelte former for ryggkirurgi og en betydelig andel av den medikamentelle blodtrykksbehandlingen. Som et eksempel på feilbruk vet vi at manglende oppfølging av medisinbruk gir skadevirkninger for pasienter.

Dersom det skal være meningsfullt å snakke om insitament til god kvalitet, må vi ha en måte å måle kvalitet på.

8.3.2 Måling av kvalitet

Kvalitet er i seg selv ikke enkelt å måle direkte. Alt arbeid med kvalitet er direkte eller indirekte rettet inn mot å forbedre selve resultatet av helsetjenesten. Men fordi «resultatkvaliteten» ofte er vanskelig å måle direkte betraktes gjerne kvaliteten gjennom tre dimensjoner; struktur, prosess og resultat (Donabedian A 1966).

Strukturen refererer til den relativt stabile karakteristikken av helsetjenesteprodusentene gjennom innsatsfaktorene, organisasjon og fysiske omgivelser. Her kan man for eksempel måle antall sykepleiere per seng.

Såkalt «prosesskvalitet» er kjennetegnet ved hvordan helsetjenesten produseres, både med hensyn på tjenestens relevans mot behov og helsepersonells interaksjon med pasienten. Et eksempel på prosessmål er andelen av pasienter med hjerteinfarkt som skrives ut uten bruk av betablokker.

Resultatmål måler hva som skjer, eller ikke skjer, etter prosessen. Resultatmål kvantifiserer hva resultatet av helsetjenesten er. Eksempel på resultatmål er dødelighet 30 dager etter operasjon for lårhalsbrudd.

I tillegg til forsøk på å måle kvalitet i helsetjenesten i henhold til ovenstående blir det ofte pekt på noen andre spesifikke forhold, her skal nevnes pasienttilfredshet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Spesielt har det vært pekt på at ventetiden for elektiv behandling oppfattes som en vesentlig kvalitetsindikator, både for pasienten og for resultatet av behandlingen. Fra engelske undersøkelser kan vi lese at noe så enkelt som renhold tillegges stor verdi i pasientens vurdering av kvalitet.

I Norge har vi lite tradisjon for å måle kvalitet, og det er et område som skal håndteres med varsomhet. Risikoen for å måle noe som dårlig kvalitet uten å være det, og motsatt, er stor. Med dette som utgangspunkt er det imidlertid gode grunner for å gå i gang med større aktivitet på dette feltet jf. punkt 8.4.

8.3.3 Data for kvalitetsmåling

Kvalitetsmålinger fordrer data. Det finnes mye data som allerede er innsamlet for andre formål som kan brukes til kvalitetsmålinger, jf. Norsk Pasientregister, med registreringer av diagnoser og prosedyrer. Disse data har vist seg å inneholde flere mangler som begrenser bruken i forhold til å måle kvalitet. Imidlertid blir datagrunnlaget bedre etter hvert, og det kan brukes til begrensede formål.

Data som direkte samles inn med formål å måle kvalitet vil bli mer ressurskrevende å bruke. Det bør imidlertid vurderes om ikke flere slike data systematisk bør samles inn i framtida. Dette bør i prinsippet kunne bli enklere og mindre ressurskrevende når det innføres elektroniske journaler.

8.3.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn fått i oppdrag å formulere forslag til en ny Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten. Strategien er under utarbeidelse, og et rammedokument skal presenteres HD og SOS i desember. Et viktig virkemiddel er bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse indikatorene har som formål å gi brukere informasjon om kvalitet på tjenestene, gi eiere og politiker styringsinformasjon, gi ledere og ansatte grunnlag for videre kvalitetsarbeid samt gi grunnlag for sammenligning mellom ulike sykehus.

Det er valgt syv nasjonale kvalitetsindikatorer med oppstart i 2002 / 2003. Dette er pasientrapporterte erfaringer om informasjon, personalet, standard og organisering av sykehuset, korridorpasienter, pre- operative liggetider ved lårhalsbrudd og epikrisetid. I tillegg skal ventetid for elektiv behandling registreres. Målet på lang sikt er å etablere et sett med nasjonale indikatorer som peker på kvaliteten ved den enkelte institusjon på en helhetlig måte.

Sammenligning av kvalitet mellom ulike sykehus forutsetter at indikatorene er likt definert og registrert. Det er etablert to arbeidsgrupper i regi av Sosial- og helsedirektoratet alle regionale helseforetak er representert. I tillegg er det deltagere fra

aktuelle samarbeidende instanser. Den ene gruppa arbeider med standardisering og videreutvikling av indikatorer, den andre med publisering og formidling av kvalitetsindikatorene. I tilknytning til arbeidet er det fokusert på hvor viktig validering og faglig tolkning av resultatene er før funn publiseres. Det er også stilt spørsmål knyttet til om kvalitetsindikatorene kan eller vil bli benyttet i forhold til finansiering og i tilfelle hvordan.

8.3.5 Økonomiske insitament til god kvalitet

Det finnes god dokumentasjon på at økonomiske insitament generelt påvirker aktørene i helsetjenesten. For eksempel har prospektiv stykkprisfinansiering ved hjelp av DRG-systemet redusert liggetiden i akutt sykehus verden over. Det er imidlertid gjort færre studier på hvordan kvaliteten påvirkes av denne typen finansiering, og det er ikke dokumentert at denne typen stykkprisfinansiering har negativ effekt på kvaliteten. En annen forhold er det at flere studier peker på negative effekter på pasienttilfredshet av stykkprisordninger i primærhelsetjenesten (Gosden, 2001). Men her er de økonomiske insitamentene av en helt annen karakter enn på norske sykehus. Hos primærlegen har vi et system hvor legens privatøkonomi påvirkes direkte av finansieringssystemet.

ISF-ordningen i Norge ble innført med en annen begrunnelse enn ønske om bedre kvalitet. Først og fremst var det utrykt et ønske om høyere aktivitet og bedre kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Det kan hevdes at et for stort fokus på høy aktivitet og kapasitetsutnyttelse kan virke i retning av dårligere kvalitet. Det er videre pekt på enkelte forhold i dagens finansieringsordning som kan virke som en barriere for god kvalitet. Det som vanligvis framheves er stykkprisordningens belønning av oppdeling av behandlingstilbudet.

Økonomiske insitament virker, og bør derfor også brukes som et virkemiddel til å forsterke fokus på kvalitet og for å oppveie at finansieringssystemet kan dra i retning av mindre fokus på god kvalitet.

Det er en økende interesse for, men generelt liten erfaring med bruk av finansieringsordninger som belønner god kvalitet. I USA er det en stor aktivitet på måling av kvalitet og det har ført til utviklingen av flere sett med kvalitetsmål (HEDIS, CAPS, CONQUEST, AHRQQI, m.m.) som er i bruk i dag. National Health Care Purchasing Institute utga nylig en rapport som oppsummerer erfaringene fra bruk av insitament til å fremme god kvalitet (Bailit Health Purchasing, 2002). Den peker på flere modeller for å gi økonomiske insitament til å bedre kvaliteten, herunder bruk av kvalitetsbonus basert på score på målesystemer, bruk av differensierte stykkpriser avhengig av kvalitet og finansiering av planleggingsprogrammer med sikte på å bedre kvaliteten.

8.4 Utvalgets vurdering

I dette kapitlet har utvalget gitt en generell beskrivelse av alternative måter regionale helseforetak kan bruke for å finansiere ulike helseprodusenters hovedoppgaver på. Utvalget har pekt på at to hovedtyper for styring finnes. Det er eierstyring og kontraktsstyring.

Diskusjonen i dette kapitlet har illustrert at bruk av klassiske kontrakter passer best dersom ulike helseprodusenter konkurrerer om tjenestene, mens relasjonelle kontrakter kan være et godt supplement til eierstyring av datterselskapene. Utvalget vil også poengtere at en utstrakt bruk av klassiske kontrakter som styringsinstrument forutsetter at det utvikles gode kvalitetsindikatoren.

Utvalget erkjenner at det er interessekonflikt mellom bestiller- og konsernlederrollen regionale helseforetak besitter. Utvalget vil poengtere den begrensning dette har på muligheten både til å bruke kontraktsstyring som virkemiddel for styring, og til å likebehandle private og offentlige helseinstitusjoner.

Utvalget vil påpeke at den lokale/regionale eierstyring kan skje gjennom bruk av rammetilskudd, bruk av avtaler og lokale/regionale refusjoner. Utvalget vil imidlertid også påpeke at et system der det regionale helseforetaket skal styre og prioritere gjennom bruk og fastsettelse av lokale refusjoner, kan være ressurskrevende og komplisert. Det kan dessuten bidra til at refusjonssystemet blir for dominerende som styringssystem og som premissgiver for helsetjenestens utøvende ledd. En slik styring kan i første omgang føre til enda større fokus på refusjonssystemets utforming. I neste omgang kan systemet, uansett utforming, risikere større grad av kritikk fra helsepersonell og brukerne. Sluttresultat kan fort bli at mye ressurser som skulle vært anvendt på pasientbehandling i stedet brukes på systemhåndtering.

Refusjonssystemets fortrinn ligger først og fremst i å fremme en bedriftskultur preget av at innsats lønner seg, og der en på alle nivåer har høy bevissthet rundt kostnader og inntekter. Men jo lengre ned i organisasjonsstrukturen et nasjonalt refusjonssystem brukes, desto større fare er det

oppstår utilsiktede virkninger. En slik virkning kan være at lønnsomhetsbetraktninger legges til grunn i behandlingssituasjonen eller som grunnlag for prioriteringer av pasienter.

Utvalget har også diskutert hvordan insitamenter til god kvalitet kan sikres. Hva som er kvalitetsproblemet kan imidlertid variere over tid og sted. Av denne grunn er det vanskelig å knytte insitament til kvalitet gjennom det nasjonale generelle finansieringssystem. Det synes mest hensiktsmessig å gi helseprodusentene økonomiske insitament til god kvalitet gjennom supplerende ordninger, for eksempel kvalitetsbonuser. Disse ordningene bør først og fremst brukes som et virkemiddel fra det regionale helseforetak som eier til det enkelte helseforetak. Utvalget erkjenner at det må gjøres et betydelig arbeid i å opprette valide systemer for dokumentasjon av klinisk kvalitet før man kan ta i bruk bonussystemer til dette formål i noe omfang av betydning.

En viktig teknikk som bør brukes for å gi ytterligere insitament til god kvalitet er å gjøre virksomheten «gjennomsiktig» for andre aktører i helsetjenesten og for pasientene. Gjennomsiktig i den forstand at informasjon om behandlingsresultater er lett tilgjengelig, brutt ned på de enkelte behandlingsenheter. På denne måten kan selvjustisen innen profesjonen og press fra eksterne aktører virke til å redusere dårlig kvalitet og belønne den gode. Utvalget vil derfor anbefale at det legges til rette for «gjennomsiktighet» når det utvikles rapporteringssystemer på kvalitet.

Det kan også vurderes om det bør introduseres enkle bonusordninger som belønner det enkelte regionale helseforetak på det som er oppnådd av god kvalitet. En slik ordning vil kunne stimulere regionale helseforetak til å forsere arbeidet med å bedre kvaliteten hos helseprodusentene på den indikatorene som utløser ekstra midler fra staten. På den annen side er det å tilby tjenester av god kvalitet en oppgave som må likestilles med andre oppgave og prioriterte styringsforhold regionale helseforetak skal fylle. I tillegg er regionale helseforetak såpass store enheter at det vanskelig kan forventes å finne signifikante kvalitetsforskjeller mellom disse. Det er derfor utvalget vurdering at det ikke ligger til rette for å introdusere enkle bonusordninger som belønner det enkelte regionale helseforetak på det som er oppnådd av god kvalitet.

Kapittel 9
Finansiering av pasientbehandling i helseforetakene

9.1 Innledning

Somatisk pasientbehandling står for om lag 75 prosent av ressursbruken i regionale helseforetak. I dag finansieres denne behandlingen på ulike måter og fra ulike kilder. Inneliggende pasienter og dagkirurgiske behandlinger finansieres fra regionale helseforetak ved en kombinasjon av ramme- og stykkprisfinansiering (innsatsstyrt finansiering, ISF). Poliklinisk behandling finansieres ved en kombinasjon av rammebevilgning fra regionale helseforetak, refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenbetaling.

Det finansielle grunnlaget for regionale helseforetak er lagt gjennom statens basisbevilgning, øremerkede tilskudd og aktivitetsavhengige utbetalinger gjennom innsatsstyrt finansiering. Statens finansiering retter seg i hovedsak mot det regionale nivået, og ikke mot det enkelte helseforetak, om man ser bort fra blant annet polikliniske refusjoner. I dette kapitlet drøftes finansieringen av somatisk pasientbehandling ved helseforetakene (HF) nærmere. Hovedvekten er lagt på evaluering og muligheter for videreutvikling av DRG-basert finansiering og andre systemer som gir muligheter for finansiering av diagnoser eller behandlingsforløp. Finansiering av inneliggende og dagkirurgiske pasienter gjennom innsatsstyrt finansiering diskuteres i kapittel 9.2, poliklinisk behandling diskuteres i 9.3, opplæring i 9.4, rehabilitering og habilitering i 9.5, og samhandling og desentralisering diskuteres i 9.6.

9.2 Aktivitetsbasert finansiering av somatiske pasienter

9.2.1 Bakgrunn for og utforming av innsatsstyrt finansiering

Finansiering av inneliggende somatiske pasienter skjedde i perioden 1980–1997 ved hjelp av rammebevilgninger. Fra 1. juli 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført. ISF innebar at deler av fylkeskommunenes utgifter til behandling av inneliggende pasienter ble refundert av staten. Refusjonssatsen i perioden 1. juli–31. desember 1997 ble satt til 30 prosent av prisen på et DRG-poeng. Fra 1. januar 1998 ble prisen satt til 45 prosent. Den er senere hevet ytterligere. Øvrige kostnader ved behandlingen av inneliggende pasienter skulle dekkes gjennom fylkeskommunenes «frie inntekter». Det var Stortingets og Sosial- og helsedepartementets intensjon at fylkeskommunene skulle videreføre refusjonene til sykehusene slik at fylkeskommunenes kontrakter med sykehusene fikk et element av aktivitetsbasert finansiering. Fra 1999 ble dagkirurgisk behandling inkludert i DRG-systemet og finansiert gjennom ISF.

Målsettingen med innføring av innsatsstyrt finansiering var primært å få til en økning i behandlingsaktiviteten (St.meld. nr. 44 (1995–1996)). Innføringen av ISF kom etter en periode med eksperimentering med statens finansiering av somatiske sykehus, først gjennom de såkalte stykkprisforsøkene, deretter med en toppfinansieringsordning, så med en økende bruk av øremerkede midler fra staten til fylkeskommunene. Staten oppsummerte den økende bruken av øremerkede tilskudd med at de «ikke (synes) å ha hatt den ønskede effekt på fylkeskommunale prioriteringer» (St.meld. nr. 44 (1995–1996)).

Innføring av ISF skjedde samtidig med betydelige endringer i ventetidsgarantien. Det ble innført:
- en vurderingsgaranti på 30 virkedager
- en ny ventetidsgaranti på tre måneder, med strammere kriterier enn den daværende ventetidsgarantien på seks måneder

Ifølge St.meld. nr. 44 (1995–1996) hadde den daværende seksmånedersgarantien vist seg å ikke være et godt nok redskap til å redusere ventelistene, utjevne ventetidene i landet og skape riktige prioriteringer innad i sykehusene. Det understrekes flere steder i meldingen at kortere ventetider og økt pasientbehandling er et hovedmål, og at bruk av finansielle virkemidler er nødvendig for å få til dette:

> «Det er et mål å redusere ventetider for behandling også for de pasienter som ikke omfattes av departementets forslag om ny garantiordning. Det er derfor nødvendig å sup-

plere forslaget til ny garantiordning med bruk av finansielle virkemidler som i sterkere grad stimulerer til økt behandlingskapasitet i sykehusene. En slik kapasitetsøkning må både bestå i en mobilisering av allerede eksisterende restkapasitet, samt oppbygging av ny kapasitet.»

Gjennom ISF mottar regionale helseforetak i dag stykkprisbetaling fra staten for hver pasientbehandling på grunnlag av registrert pasientbehandling i de pasientadministrative systemene ved sykehusene. Behandlingen skal skje ved statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus. Det er pasientens bosted som avgjør hvilken region som mottar ISF-refusjonen fra staten. En helseregion der sykehusene tar imot og behandler flere pasienter fra andre regioner enn det som sendes ut av regionen, får med andre ord utbetalt lavere ISF-refusjoner fra staten enn det aktiviteten skulle tilsi. Dette avviket dekkes i ettertid opp gjennom et avtalebasert betalingsoppgjør mellom regionale helseforetak. Der hvor avtaler ikke inngås eller det ikke oppnås enighet, skal det benyttes statlige, normerte priser for oppgjøret. Gjestepasientprisene var i 2002 som hovedregel satt til 80 prosent av gjennomsnittskostnaden for den enkelte DRG.

Opprinnelig omfattet finansieringsordningen kun pasienter som ble behandlet ved innleggelse. Som nevnt ble dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer inkludert i ordningen fra 1. januar 1999. Med andre ord er en del behandling som foregår poliklinisk inkludert i ISF. Siden 1999 er det foretatt en avkorting i refusjonen for sykehusopphold dersom pasienten skrives inn og ut samme dag (eksklusiv dagkirurgi og enkelte medisinske dagbehandlinger).

Som hovedprinsipp gis ISF-refusjon for hvert sykehusopphold uavhengig av faktisk liggetid. Et unntak er rehabilitering, som er det eneste fagområdet der liggetiden har direkte betydning for refusjonens størrelse. I tillegg er det enkelte andre unntak, som hjerteinfarkt, der refusjonen også påvirkes av pasientens liggetid.

En effekt av overgangen til ISF har vært en stadig bedre og mer nøyaktig registrering av pasientenes diagnoser og andre forhold som påvirket DRG-plasseringen. Bedringen i datakvalitet og registreringsomfang er i seg selv positivt, men har som effekt økte ISF-utbetalinger som følge av at gjennomsnittlig pasienttyngde i ISF er økt i løpet

Boks 9.1 Kostnader og refusjoner i innsatsstyrt finansiering

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i såkalte diagnoserelaterte grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Alle DRG har en kostnadsvekt (DRG-vekt) som uttrykker det relative ressursforbruk denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten. For eksempel er en grå stæroperasjon en lett operasjon og som hovedsaklig utføres dagkirurgisk, og har en kostnadsvekt på 0,42. En levertransplantasjon har til sammenlikning en kostnadsvekt på 25,92. Plasseringen av det enkelte pasientopphold i en DRG skjer gjennom et grupperingsprogram som sykehusene ikke har tilgang til å endre.

ISF-utbetalingen for et enkelt sykehusopphold bestemmes i all hovedsak av tre faktorer:
- DRG-plassering
- kostnadsvekt i den vedkommende DRG
- refusjonsnivå og prisregler (enhetspris, ISF-andel)

For regionale helseforetak har antall sykehusopphold i tillegg av betydning. Dessuten påvirker pasientsammensetningen i den enkelte region utbetalingene, ved at gjennomsnittlig pasienttyngde (kostnadsvekt) og antall sykehusopphold i hver enkelt DRG påvirker antall registrerte DRG-poeng. To regioner med like mange sykehusopphold og like mange liggedager kan dermed få ulik økonomisk uttelling gjennom ISF, fordi sammensetningen av pasientpopulasjonen er forskjellig.

I 2001 ble det foretatt en full revisjon av alle kostnadsvekter i ISF, basert på kostnadsundersøkelser ved 17 norske sykehus. Målsetningen med gjennomgangen har vært å sikre at ISF-systemet skal gjenspeile faktiske kostnader, herunder endringer som skyldes nye behandlingsmetoder og medisiner. I 2003 gjennomføres en ny revisjon av kostnadsvektene, med sikte på implementering i 2004.

Enhetsprisen fastsettes hvert år av Helsedepartementet og er i 2002 satt til kr. 29 428.

Refusjonsandelen for ISF er hevet i flere omganger – fra 30 prosent ved innføringen i 1997 til 55 prosent i 2002. I forslaget til statsbudsjett for 2003 foreslås ytterligere heving av ISF-andelen til 60 prosent.

av årene siden 1997. Det ble i en overgangsfase derfor etablert krypregler som reduserte den økonomiske uttellingen for fylkeskommunene ved stadig økt gjennomsnittlig pasienttyngde. Siktemålet var å sikre at det kun ble gitt refusjon for reell økning i pasienttyngden og ikke for effekter av bedre registrering.

Gjestepasientoppgjøret mellom fylkeskommunene ble tidligere foretatt ved direkte fakturering for hver pasient som ble behandlet ved et sykehus utenfor hjemfylket. Før 1. mars 2001 benyttet fylkeskommunene kurdøgnpriser (betaling per liggedøgn), i samsvar med de normerte priser som hvert år ble fastsatt av staten. Fra 1. mars 2001 ble gjestepasientoppgjøret lagt om, ved at man fra statens side etablerte DRG-baserte priser som grunnlag for de normerte prisene i oppgjøret. Omfanget av disse oppgjørene er imidlertid kraftig redusert etter 1. januar 2002, da de fleste regionale helseforetak avviklet internbetaling for pasienter som behandles innenfor regionen. De statlige normerte prisene eksisterer imidlertid fortsatt for pasienter som behandles utenfor egen region, og er basert på dekning av 80 prosent av gjennomsnittlig DRG-kostnad.

9.2.2 Effekter av innføring av ISF

Virkningene av innføringen av ISF er blitt evaluert langt grundigere enn de øvrige finansieringsordninger man har hatt innenfor spesialisthelsetjenesten. I første rekke har en sett på hvordan ISF har virket på sykehusenes produksjon, på sykehusenes kostnader, samt på fylkeskommunenes kostnader og deres budsjettstyring av sykehusene. I tillegg er egne evalueringer iverksatt for å avdekke mulige negative konsekvenser for kvaliteten i behandlingen, mulige endringer i prioriteringen av kroniske pasienter og pasienter med psykiske lidelser som følge av innføring av ISF.

Endringer i aktivitet

Etter at ISF ble innført, har sykehusenes produksjon målt i antall sykehusopphold og DRG-poeng

Boks 9.2 Opprinnelsen til DRG-systemet

DRG-systemet stammer opprinnelig fra USA, der en gruppe leger så tidlig som i 1967, to år etter at Medicare-programmet startet, forsøkte å anvende tradisjonelle produktivitetsbegreper i helsesektoren. Det ble senere gjennomført et forskningsprosjekt ble senere etablert under ledelse av professor Robert Fetter ved Yale University. Det ble gjort en systematisk kartlegging av hvordan aktiviteten på sykehus kan beskrives. Som produktivitetsmål overveide forskergruppen å prissette de delytelser som går forut for utskrivningen av pasienter. Det var imidlertid gruppens holdning at disse ytelser ikke var relevante for produktivitetsmålingen, med mindre de ga seg utslag i en samlet mer rasjonell behandling. Man valgte derfor i stedet å fokusere på de samlede sykehusopphold som det mest relevante sluttprodukt, og se på utskrivninger i henhold til pasientens diagnose. Verktøyet man benyttet var en inndeling av sykehusoppholdene i et sett av diagnosegrupper basert på et kodeverk kalt ICD (International Classification of Diseases). Til slutt foretok man statistiske studier der man forsøkte å dele oppholdene i henhold til ressursforbruk, og der man også analyserte hvordan ulike variable påvirket ressursforbruket.

Forsøk med DRG ble prøvd ut i New Jersey, og resultatene fra dette ble publisert i 1980. Daværende Health Care Financing Administration (HCFA), underlagt U.S. Department of Health, viste stor interesse for det nye verktøyet. 1. oktober 1983 markerte starten på en ny finansieringsmåte, der man for første gang i USA tok i bruk nasjonale priser for sykehusopphold fastsatt av en aktør utenfor sykehusene. HCFA tok HCFA-DRG i bruk i Medicare-programmet og etablerte dermed et fastpris betalingssystem. dette fikk betegnelsen Prospective Payment System (PPS).

DRG er således en måte å beskrive sykehusets pasientsammensetning på, og gjennom inndeling i diagnosegrupper oppnås en sortering av de tusenvis av diagnoser og prosedyrer som utføres på et sykehus. DRG-systemene er siden den første iverksettelsen i USA i 1983 gitt en rekke ulike utforminger, og også i ulik grad knyttet direkte til økonomiske betalingsstrømmer. Både kodeverk og klassifiseringssystem er dessuten forandret en rekke ganger siden den gang, blant annet fordi det er utviklet nye behandlingsmetoder.

økt kraftig. Biørn m.fl. (2002) anslår økningen i DRG-poeng (utenom dagkirurgi) i perioden 1992–1996 til 2,0 prosent per år, mens økningen i perioden 1997–2000 er anslått til 3,2 prosent per år. Etter innføringen av ISF for dagkirurgi, er det også her observert en kraftig vekst. En nærmere beskrivelse av aktivitetsveksten er gitt i kapittel 4. Analyser (som f.eks. Bjørnenak m.fl. 2000) viste også en vekst i sykehusenes aktivitet som var større enn planlagt. Ifølge Bjørnenak m.fl. (2000) ble det i Nasjonalbudsjettet for 1999 foreslått en økning i behandlingsaktivitetet med 3/4 prosent fra foregående år. Oversikt over fylkeskommunenes planlagte vekst i antall inneliggende pasienter inklusive dagopphold ved egne og andres sykehus fra 1998 til 1999 sammenliknet med den faktiske veksten, er gitt i tabell 9.1.

Fylkeskommunene la fra 1998 til 1999 opp til en økning i antall inneliggende pasienter på om lag 0,6 prosent. Dette er i underkant av statens målsetting. Til grunn for tallet ligger imidlertid en betydelig nedgang i bruken av Rikshospitalet. Fylkeskommunene har tradisjonelt budsjettert med forsiktig bruk av statssykehusene. Unntar vi statssykehusene, er planlagt vekst fra 1998 til 1999 på 1,2 prosent (uveid). Dette er noe høyere enn statens målsetting. Tallene for realisert aktivitet for 1999 viser imidlertid en økning på 2,6 prosent for inneliggende pasienter. Dette er en økning som er vel fire ganger høyere enn statens målsetting som lagt til grunn for fylkeskommunenes budsjetter.

Kostnadskontroll

Den økte aktiviteten i pasientbehandlingen har medført økte utgifter for sykehusene, utgifter som fylkeskommunene i varierende grad har hatt budsjettmessig dekning for. At aktivitetsveksten ble sterkere enn forutsatt var en viktig forutsetning for en klart svekket økonomisk situasjon i de aller fleste fylkeskommunene i perioden fram til 2000. Dette var også var bakgrunnen for regjeringens forslag til Stortinget om tilleggsbevilgninger våren 2000, som ble fulgt av et stortingsvedtak om en tilleggsbevilgning på om lag 1,8 mrd. kroner. Det vises i denne sammenheng til at det også våren 2002 ble gitt tilleggsbevilgninger til helseforetakene på vel 2,1 mrd. kroner. Manglende kostnadskontroll er i faglitteraturen pekt på som et mulig problem ved stykkprisfinansiering av helsetjenester, og er nærmere omtalt i innstillingens kapittel 6. Som diskutert i kapittel 4, kan den reduserte kostnadskontrollen oppfattes som et betydelig styringsproblem. Det vises til tidligere refererte konsulent- og forskningsrapporter, som peker på at gjentatte tilleggsbevilgninger undergraver budsjettdisiplin og kostnadskontroll i institusjonene

Prioriteringseffektivitet

Det har fra flere hold vært hevdet at økonomisk tenkning og bevissthet omkring hva slags pasientbehandling som gir størst økonomisk uttelling, er blitt forsterket etter innføringen av ISF. Dette preger ikke bare sykehusledelsen, men etter hvert også avdelingsledelsen ved det enkelte sykehus.

Tabell 9.1 Planlagt og realisert prosentvis vekst i antall inneliggende pasienter for fylkeskommunene i 1999.

	Planlagt	Realisert		Planlagt	Realisert
Østfold	3,9	1,54	Hordaland	0,0	4,81
Akershus	1,6	4,38	Sogn og Fjordane	0,8	-1,28
Oslo	2,0	0,23	Møre og Romsdal	0,5	4,66
Hedmark	0,7	0,32	Sør-Trøndelag	0,4	2,38
Oppland	0,0	1,08	Nord-Trøndelag	0,0	1,20
Buskerud	2,6	3,97	Nordland	0,0	0,93
Vestfold	2,3	6,05	Troms	1,0	3,66
Telemark	0,1	6,32	Finnmark	1,8	3,28
Aust-Agder	1,4	4,05	Radiumhospitalet	0,7	7,79
Vest-Agder	0,0	4,48	Rikshospitalet	-10,0	-1,17
Rogaland	4,2	1,12	Totalt	0,6	2,64

Kilde: Bjørnenak m.fl. (2000).

Aktiviteter som ikke gir netto inntekter, nedprioriteres.

Endringer i prioriteringer kan skje på forskjellige måter. Sannsynligheten for dagkirurgi framfor innleggelse har sammenheng med sykehusets inntekter fra de to behandlingsmåtene (Iversen og Hagen 2002), og økning i dagkirurgiske takster vil vri aktiviteten over mot denne typen behandling. Dette er også i tråd med intensjonene. Tilbudet til kronikere er derimot i liten grad endret etter innføring av ISF (Karstensen 2001). Tilbudet til denne pasientgruppen er relativt stabilt etter innføring av ISF. På den annen side påpekes det i Iversen og Hagen (2002) at omlegging til delvis økonomisk prioriteringsmåte og ISF innebærer at systemet er mindre robust enn tidligere overfor ufullkommenheter i prissystemet, og at atferden blant helsepersonell kan endre seg dersom kostnadsinformasjonen blir bedre og en økonomisk prioriteringsmåte blir mer akseptert. I BI-rapporten Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus (Dahlen, Grytten og Sørensen 2002) trekkes det fram at ansatte og ledelse i sykehus med stort innslag av «myke tjenester» som forskning og psykiatri, rapporterer at deres virksomhet taper i prioriteringskampen. Halsteinli m.fl. (2001) konkluderer imidlertid med at ISF isolert sett ikke ser ut til å ha virket negativt på ressursinnsatsen innenfor psykiatrien i perioden fra 1992 til og med 1999. En mulig årsak til dette er imidlertid at psykiatrien har hatt en egen opptrappingsplan i analyseperioden. Veksten i ressursbruken i somatisk sektor har imidlertid vært sterkere enn i psykiatrisk sektor i 1990-årene. Det foreligger ingen liknende analyser av for eksempel prioriteringsendringer i forhold til habilitering, rehabilitering, forskning og undervisning. Faren for vridninger er et empirisk spørsmål som til nå ikke er entydig besvart. Det er også vanskelig å finne gode svar, siden de indikatorer som måler for eksempel forsknings- og undervisningsaktivitetene på sykehus både er mangelfullt utviklet og lite brukt.

Effektivitetsutviklingen

Det er de siste årene foretatt flere analyser av utviklingen i sykehusenes effektivitet. Som omtalt i innstillingens del II, har Sintef Unimed og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo beregnet utviklingen i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet etter innføring av ISF (Biørn m.fl. 2002). Forskjellene på disse to målene er knyttet til hvilke variable som brukes som innsatsfaktorer. Studiene viser en positiv utvikling i den tekniske effektiviteten på 1990-tallet. Den relativt sterke økningen i teknisk effektivitet fra 1996 til 1997 kan knyttes til innføringen av ISF. Etter 1997 har den tekniske effektiviteten ligget relativt stabilt, men med en svak vekst de seneste årene. Tallene viser samtidig en klar reduksjon i kostnadseffektiviteten etter 1997, noe som i første rekke må settes i sammenheng med lønnskostnadene. Forskjeller mellom sykehus kan si noe om muligheten for effektivitetsforbedringer. Analyser viser omfattende forskjeller i effektivitet mellom sykehus og også mellom sykehustyper. Regionsykehusene har tidligere på 1990-tallet hatt en lavere effektivitet enn de andre sykehustypene, men hadde i perioden 1990–1999 en tilnærming til effektivitetsnivået ved andre sykehustyper.

Kvalitet

Det er ikke dokumentert at ISF har gitt vesentlige negative effekter for kvaliteten i sykehusenes pasientbehandling. Indikatorer som er undersøkt er unødvendige innleggelser, stabilitet ved utskrivning, utrednings- og behandlingsintensitet, reinnleggelser, dødelighet og pasienttilfredshet.

Lik tilgjengelighet

I forbindelse med innføringen av ISF ble det uttrykt bekymring for at de fylkeskommunene som hadde høyest inntekter, også var de som ville få den største aktivitetsveksten som følge av ISF (St.meld. nr. 44 (1996–1997)). Årsaken til dette var at fylkeskommunene skulle betale mellomlegget mellom faktiske behandlingskostnader og ISF-refusjonen fra staten. En analyse utført av Riksrevisjonen (Dokument nr. 3:6 (2001–2002)) viser imidlertid at aktivitetsveksten ble størst i fylkeskommunene med lavest inntektsnivå og dårligst tilgjengelighet i utgangspunktet. Årsakene kan være flere. En mulig årsak er at disse fylkeskommunene også hadde de mest effektive sykehusene og dermed den beste muligheten til å utnytte inntektspotensialet i ISF.

9.2.3 Problemer og utfordringer ved ISF

Selv om effektene av ISF så langt i hovedsak har vært positive, vil utvalget også påpeke noen problemer som må håndteres. Utvalget viser i den sammenheng også til kapittel 5.

Sentrale problemer har etter utvalgets syn vært mangel på:

- forutsigbarhet
- oppdatering av DRG-systemet
- faglig forankring

– kompensasjon for forskning og undervisning

Manglende forutsigbarhet

I hovedsak har sykehusenes faktiske aktivitet oversteget det nivået staten har lagt til grunn i forkant av det enkelte år. Det synes som om staten ikke har tatt den høye aktiviteten inn over seg i prognosene for etterpåfølgende års aktivitetsvekst. Med andre ord synes det som om staten ikke fullt ut har akseptert konsekvensene av kostnadsdelingen i ISF-ordningen. Endringer i regler for ordningen har dessuten bidratt til å gjøre fylkeskommunenes og sykehusenes inntekter fra staten mindre forutsigbare. Tiltak som også har vanskeliggjort sykehusenes planleggingsarbeid er for eksempel endringer av kostnadsvektene midt i budsjettåret (jf. Bjørnenak m.fl. 2000).

Sjelden oppdatering av DRG-systemet

I snitt er kostnadsvektene i ISF revidert omtrent hvert annet år. Dette er relativt sjelden, særlig i forhold til nye og dyrere behandlingsmetoder som tas i bruk. Dette kan ha redusert treffsikkerheten til systemet.

Manglende faglig forankring

Et synspunkt som trekkes fram i møter med helsepersonell og i møte med helseforetakene, er at grunnlaget for både ISF og polikliniske refusjoner mangler forankring i medisinsk-faglige miljøer. Det oppfattes ikke å være en god nok sammenheng mellom de faktiske utgiftene en avdeling har for å behandle en spesifikk pasient og den finansieringen sykehuset mottar. Mye av kritikken som har vært rettet mot ISF er knyttet til dårlig treffsikkerhet i forhold til enkelte områder og i forhold til enkelte pasienter som er spesielt ressurskrevende. Det vil imidlertid være en avveining mellom grad av detaljeringsgrad i takstsystemet, og behovet for å treffe riktig pris i alle tilfeller. Et sentralt fastsatt prissystem som for alle tilfeller oppfattes å være rimelig, vil trolig bli så komplisert og være så ressurskrevende at det av den grunn ikke er ønsket.

Manglende kompensasjon for forskning og undervisning

Sykehusenes undervisningsoppgaver ser ut til å ha økt i en periode på 1990-tallet (Bjørnenak m.fl. 2000). Det er ikke klart at dette har vært kompensert på en tilfredsstillende måte. Tilsvarende gjelder for forskningsaktiviteten. Utvalget viser i denne sammenheng til kapittel 16.

9.2.4 Bruk av DRG i andre land

Trenden er at stadig flere land velger å ta i bruk DRG for kartleggings- og budsjetteringsformål, eller til finansieringformål. I dag skjer videre utbredelse av systemet særlig i Sør-Europa og de østeuropeiske landene. Her gis en kort beskrivelse av implementeringen av slike ordninger i noen land. Omtalen støtter seg blant annet på det danske Sundhedsministeriets rapport Sygehusfinansiering og casemix (Sundhedsanalyser 1999: 3), som gir utfyllende beskrivelser av DRG-basert finansiering i andre land.

Sverige

I Sverige er det landstingene som står for finansieringen av sykehusene, og det er derfor opp til det enkelte landsting å ta stilling til om man skal ta i bruk DRG-systemet, samt å avgjøre hvilken systemvariant av DRG som skal benyttes. De fleste landstingene har innført DRG, men til forskjell fra i Norge har Sverige i liten grad tatt i bruk nasjonale kostnadsvekter i DRG-systemet. Et arbeid med å kartlegge sykehusenes kostnader har pågått i mange år, og er nå under utvikling i regi av Landstingsförbundet med sikte på å utvikle nasjonale, DRG-baserte kostnadsvekter. Dette prosjektet kalles KPP eller Kostnad per patient-prosjektet. KPP retter seg både mot somatikk, psykiatri og primærhelsetjenesten, men er i ferd med å bli tatt i bruk i første rekke innen somatikk. Utvidelsen mot primærhelsetjenesten har sin bakgrunn i at de svenske landstingene har ansvar for en stor del av det som i Norge er kommunenes ansvar. DRG som finansieringssystem, hovedsaklig NordDRG, brukes først og fremst av landstingene med størst folketall, som Stockholm, Vestre Götaland og Skåne. Stockholms landsting tok DRG i bruk for alle sykehusopphold i regionen i 1992–93, og innførte et prissystem basert på gjennomsnittskostnad, det vil si 100 prosent av DRG-kostnaden. Det er tatt utgangspunkt i prisene ved det sykehuset med lavest kostnader (St. Göran sjukhus) og basert vederlaget til de øvrige sykehusene på kostnadene ved dette sykehuset. I løpet av 2002 er det imidlertid tatt sikte på at KPP skal tas i bruk i finansieringssystemet ved alle akuttsykehus i Stockholm.

Boks 9.3 Utvikling av DRG-systemer

DRG brukes av en lang rekke land både som pasientklassifiseringssystem og prissystem. En rekke mindre land har implementert eksisterende DRG-systemer, hovedsakelig det amerikanske. Andre land som Storbritannia og Australia og nå også Frankrike og Tyskland, har utviklet egne systemer, hvorav noen har klare fellestrekk med det opprinnelige amerikanske DRG-systemet.

«All patient DRG» eller AP-DRG ble utviklet på slutten av 1980-tallet som en videreutvikling av det amerikanske HCFA-DRG. Det ble lagt til grunn om lag 640 diagnoserelaterte grupper, det vil si et noe større antall enn de 500 grupper som lå til grunn i HCFA. En prinsipiell forskjell er også at AP-DRG skiller på opphold etter alvorlighetsgrad, ved at det er innført egne DRG med benevnelsen «with major complication/comorbidity». Et større antall diagnosegrupper gir større ressursmessig homogenitet for kostnadsbildet innen hver DRG. «All Patient Refined DRG» eller APR-DRG er en viderutvikling av All Patient DRG og inneholder om lag 1500 diagnosegrupper. Dette DRG-systemet gir derfor et detaljert bilde av pasientsammensetningen. Imidlertid vil et mindre antall pasientopphold ligge til grunn for kostnadsberegningene for den enkelte DRG, noe som vil kunne øke den statistiske usikkerheten knyttet til kostnadsdataene.

Helsemyndighetene i Norden inngikk fra 1995 et samarbeid om å utvikle en åpent tilgjengelig, nordisk versjon av DRG-systemet. Dette førte til oppbyggingen av NordDRG, som bygger på samme klassifiseringssystem som det amerikanske HCFA-DRG, men tilpasset nordiske forhold. Versjon 12 av HCFA fra 1995 lå til grunn for den første versjonen av NordDRG. Den første gruppereren ble ferdigstilt i 1996 og er deretter oppdatert årlig. NordDRG finnes i en fellesnordisk versjon og i ulike nasjonale versjoner. Den siste fellesnordiske versjonen kalles NordDRG 2002, og utviklingsarbeidet samordnes av Nordiskt klassifikationscenter, der de nordiske landene deltar.

NordDRG benyttes for tiden i omkring tre fjerdedeler av alle sykehusområder i Finland, og ved størstedelen av sykehusene i Sverige. Systemet er under utprøvning på Island og skal innføres i Estland i 2003. Danmark har fra 2002 bruk en nasjonal DRG-grupperer basert på NordDRG. I Norge benyttes den nasjonale utgaven Nord-DRG-NO.

Etter svensk initiativ startet man i 2001 et utviklingsarbeid for å utvikle NordDRG i retning av å dekke dagkirurgi, poliklinisk virksomhet og ambulante pasienter. Denne utvidelsen av NordDRG er gitt navnet NordDRG Outpatient (NordDRG-O) og er vedtatt tatt i bruk av to svenske landsting fra 2003. Utviklingsarbeidet har også omfattet utviklingen av et nytt nordisk kodeverk, NCSP+, hvor forholdene er lagt til rette for koding av blant annet medisinske prosedyrer.

Finland

Fordi det er kommunene som bestiller og finansierer sykehustjenester i Finland, er rammebetingelsene for å bruke DRG-systemet relativt forskjellige fra norske forhold. Det er kommunene (alene eller i samarbeid) som kjøper tjenester fra ulike leverandører (sykehus). DRG blir da produktbeskrivelse, og hvert sykehus prissetter sine tjenester basert på faktiske kostnader på aktuelt sykehus. Kommunene kan velge hvor tjenestene kjøpes fra. Finske sykehus og kommuner har i stor utstrekning tatt i bruk NordDRG til registrering av aktivitet, til sammenlikning av sykehusenes prestasjoner og til finansieringsformål. Det eksisterer imidlertid ikke en nasjonal styring på området som man har hatt i Norge.

Danmark

Mens de fleste land i Europa på 1990-tallet innførte aktivitetsavhengig finansiering, har Danmark i stor grad beholdt rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette bildet er imidlertid i ferd med å endres, og et regjeringsoppnevnt utvalg avlegger om kort tid sin innstilling vedrørende endring i finansieringen av helsetjenesten der det er forventninger om mer aktiv bruk av aktivitetsavhengig finansiering. I noen grad er DRG-basert finansiering allerede i bruk i Danmark. Erfaringene med fritt sykehusvalg, som ble innført allerede i 1993, viste at relativt få pasienter tok i bruk denne rettigheten til å få behandling utenfor eget amt. Folketinget vedtok derfor i 1998 å innføre DRG-baserte takster for å stimulere til økt pasientflyt og mer aktiv

bruk av rett til fritt sykehusvalg. For tiden er det satt i gang et omfattende arbeid med utvikling av et eget dansk DRG-system, DkDRG, hvor både den kliniske aktivitet og kostnader ved pasientbehandling er utarbeidet på bakgrunn av danske forhold. Med referanse til det amerikanske kodeverket for ambulant behandling, har Danmark dessuten utviklet et dansk ambulant grupperingssystem (DAGS) som retter seg mot gråsonepasienter som enten kan behandles ved innleggelse såvel som ved dagbehandling eller ved ambulant behandling utenfor sykehus. Utvalget av hvilke pasienter dette dreier seg om, er fastlagt etter en medisinsk-faglig gjennomgang av inneliggende og ambulante pasienter, og det er foretatt analyser av ressursbruken ved ulike behandlingsformer for å oppnå størst mulig ressursmessig homogenitet i fastleggingen av grupperingen. Takstene for gråsonepasienter ligger i intervallet mellom hva det koster å utføre behandlingen ambulant og tilsvarende pris ved å utføre samme behandling stasjonært. Til forskjell fra DRG-systemet tar DAGS imidlertid utgangspunkt i antall konsultasjoner eller besøk, og ikke i antall opphold. Dette systemet er dessuten i større grad basert på prosedyrer, som overstyrer pasientens diagnose ved kategorisering av konsultasjonen.

Storbritannia

En engelsk versjon av DRG-systemet, kalt Healthcare Resource Groups (HRG) er tatt i bruk i alle akuttsykehus for å kartlegge og overvåke kostnadsutviklingen. Det britiske helsedepartementet samler hvert år inn kostnadsdata fra sykehusene og kunngjør gjennomsnittskostnader eller såkalte referansekostnader på grunnlag av de innsamlede data. I publikasjonen for 2002, National Reference Costs 2002, er også kostnader ved tjenester levert fra primærlegegruppene (primary care trusts) inkludert. Dette materialet, der kostnader også er indeksert og tilrettelagt for justeringer på grunnlag av lokale forhold, benyttes deretter i fordelingen av bevilgningene fra the National Health Service (NHS). I tillegg brukes kostnadsdataene av NHS til sammenlikning av prestasjoner mellom ulike sykehus og til planlegging. Den britiske helseministeren kunngjorde 1. november 2002 at det fra 2003–2004 vil bli etablert et nytt betalingssystem gjennom NHS-, der staten etablerer nasjonale priser på grunnlag av en oversikt over de nasjonale referansekostnadene i helsesektoren. Arbeidet med å utvikle nasjonale priser vil bygge på de nasjonale referansekostnadene.

Tyskland

Tradisjonelt har tyske sykehus fått dekket sine kostnader fra forsikringskassene i henhold til antall liggedøgn. I likhet med mange andre land har det imidlertid vært en sterk utgiftsvekst i den tyske helsetjenesten, som har ført til press på finansieringsssystemet. På midten av 1990-tallet ble det derfor tatt i bruk en aktivitetsavhengig, prospektiv finansiering der sykehusene har opparbeidet seg poeng i samsvar med utførte prestasjoner (antall pasientbesøk, operasjoner mm.). Kostnadskontrollen er deretter ivaretatt ved at forsikringskassene først ved slutten av året har besluttet hvilken økonomisk verdi som skal tillegges det samlede poengtall. Hva poengene vil kaste av seg i penger, vil avhenge av totalbudsjettet i forhold til det samlede antall poeng i gruppen, og prisen per poeng som bestemmes på delstatsnivå og er likt for alle sykehus i delstaten. Sykehusene har dermed fått sin andel justert i forhold til sin andel av utført aktivitet, men innenfor en sentralisert kontroll med den økonomiske rammen for alle sykehus. Parallelt med dette har man beholdt refusjoner for liggedøgn for en stor del av den pasientbehandling som ikke er dekket av det nye poengsystemet. Sykehusene kunne fram til 1996 velge om de ville bruke de nye finansieringsprinsippene. Fra 1996 er bruk av den nye, prospektive finansieringen imidlertid obligatorisk for samtlige sykehus, og fra 2003 planlegger Tyskland et nytt system med DRG-basert finansiering.

USA

Den offentlige finansieringen i USA foretas i hovedsak gjennom de to landsdekkende, offentlige sykeforsikringsprogrammene, Medicare og Medicaid, som begge benytter DRG-systemer. Medicare dekker kostnader til sykehusbehandling for eldre over 65 år, mens Medicare dekker kostnader til sykehus- og legebehandling for fattige og for lavinntektsgrupper med høye utgifter til helsetjenester. Mens Medicare finansieres av føderale myndighetene, fungerer Medicaid i samarbeid med delstatene. Begge programmer administreres av organisasjonen Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, tidligere Health Care Financing Administration HCFA). Noe over 60 millioner amerikanere dekkes av ett eller begge programmer.

Medicare og Medicaid er samtidig de aktørene som først tok i bruk prospektiv finansiering og innførte DRG som grunnlag for finansieringen. DRG-systemer i ulike utgaver benyttes i USA både i forhold til heldøgnsopphold og annen sykehusbe-

handling. Dagbehandling, herunder dagkirurgi, samt ambulant behandling er omfattet av et system som er kalt Ambulatory Payment Classification (APC), som første gang ble innført i 1990 under navnet Ambulatory Patients Grouping og så revidert i 2000. APC benyttes av Medicare og inneholder om lag 303 grupper som er ressursmessig homogene og klinisk meningsfylte, men atskiller seg fra DRG ved å gruppere besøk og ikke utskrivninger. APC tar utgangspunkt i prosedyrer, og ikke i diagnoser. Som vi kommer tilbake til senere i dette kapitlet, har man i USA utviklet og tatt i bruk et klassifiseringssystem for rehabilitering og habilitering, kf. boks 9.5.

Australia

I Australia er delstatene ansvarlig for å finansiere spesialisthelsetjenesten. Samtlige delstater benytter en australsk utgave av DRG-systemet til å fordele økonomiske ressurser til de offentlige sykehusene. Erfaringen med DRG er også relativt omfattende, da flere av delstatene tok dem i bruk tidlig på 1990-tallet. Det er utviklet nasjonale DRG-systemer, først AN-DRG og senere AR-DRG, med tilhørende nasjonale kostnadsvekter. De DRG-systemene som er i bruk, har imidlertid lokale variasjoner i de ulike delstatene, og det varierer også i hvilken grad styring og finansiering er desentralisert. Innføringen av en øvre grense for hvor stor aktivitetsvekst som kunne gi økonomisk uttelling, har vært en del av sykehusfinansieringen i Victoria, og senere også i Western Australia. Et eget utviklingsprosjekt for å etablere et DRG-system for psykisk helsevern innen spesialisthelsetjenesten har vært gjennomført i Australia.

New Zealand

New Zealand har i likhet med Storbritannia og Norge en skattefinansiert helsetjeneste der offentlige sykehus er eid av staten. I likhet med Storbritannia og Sverige innførte New Zealand på 1990-tallet bestiller/utfører-modeller, i tillegg til at det ble brakt inn et betydelig element av konkurranse. I dag er bestillermodellene delvis forlatt til fordel for større grad av regional politisk kontroll, og kjøperrollen er begrenset til to landsdekkende organisasjoner. Sykehusene finansieres gjennom en fast, DRG-basert betalingsstruktur. Finansieringen av akutte heldøgnspasienter skjer etter en finansieringsmodell som er utviklet i den australske delstaten Victoria, og i likhet med enkelte australske delstater benyttes en knekket betalingsmodell, der merproduksjon utover et visst aktivitetsnivå gir redusert økonomisk uttelling. Den konkrete reduksjon avtales nærmere i forhandlinger.

9.2.5 Utvalgets vurdering

Utvalget mener at erfaringene med ISF i hovedsak er gode, og anbefaler at DRG-systemet med tilhørende kostnadsvekter fortsatt benyttes som pasientklassifiserings- og prissystem for somatisk pasientbehandling. ISF har bidratt til økt aktivitet, økt teknisk effektivitet, og har så langt ikke gitt dokumenterte endringer i kvalitet. Så langt er det heller ikke dokumentert vridningseffekter i forhold til aktiviteter som ikke stykkprisfinansieres (for eksempel psykiatri, habilitering, forskning og undervisning). At dette ikke er dokumentert, trenger imidlertid ikke bety at slike vridninger ikke har funnet sted. Videre analyser av disse forholdene er ønskelige.

Selv om DRG-basert finansiering har svakheter, mener utvalget samlet sett at DRG-systemet bør videreføres som grunnlag for finansiering av somatisk pasientbehandling.

Utvalget har drøftet hvem som bør ha ansvaret for å videreutvikle DRG-systemet. To forhold trekker i retning av at dette bør forbli en sentral statlig oppgave:

- DRG-systemet vil være et fellesgode som det er hensiktsmessig at et sentralt organ tar ansvar for.
- Staten har et redskap til å følge aktivitet og kostnadsutvikling i sektoren.

Etter utvalgets mening skal det fortsatt være et statlig ansvar, på sentralt nivå, å videreutvikle pasientklassifiseringssystemer (som DRG-systemet) i tråd med den medisinske og kostnadsmessige utviklingen, bl.a. gjennom oppdatering av kostnadsvektene i systemet.

Av flere grunner er det viktig at legitimiteten til systemer for pasientklassifisering og referansepriser er høy. Dette gjelder særlig i situasjoner der systemet direkte brukes som grunnlag for avtaler om aktivitet og økonomi ved det enkelte sykehus. Tilbakemeldinger fra sykehusene og regionale helseforetak tyder på at økt legitimitet kan skapes ved at arbeidet med å videreutvikle disse systemene må forankres bedre i de regionale helseforetak og sykehusene. Etter utvalgets syn må derfor regionale helseforetak i langt høyere grad involveres i utvikling og drift av et felles kode- og klassifiseringssystem for spesialisthelsetjenesten.

En annet viktig forutsetning for legitimitet er høy grad av forutsigbarhet. Dette kan etter utvalgets mening sikres på følgende måte:

- Kostnadsvektene i DRG-systemet bør oppdateres jevnlig.
- Kostnadsvekter og tilhørende DRG-priser må være kjent for helseforetakene i god tid og senest seks måneder før et nytt budsjettår. Kostnadsvekter og enhetspris bør ikke endres i løpet av budsjettåret.

Utvalget mener videre at en bør legge følgende retningslinjer til grunn for videreutvikling av systemet:

- Alle som yter spesialisthelsetjeneste med offentlig finansiering benytter DRG-systemet eller det eller de kode- og klassifiseringssystem som staten til enhver tid har bestemt skal gjelde for sektoren.
- Regionale helseforetak må fortsatt stå fritt i sin bruk av DRG-relaterte prisene og må kunne variere prisene i forhold til ulike pasientgrupper og institusjoner avhengig av lokale etterspørselsforhold og ønskede prioriteringer.

Dette innebærer at DRG-systemet opprettholdes som et nasjonalt klassifiserings- og referanseprissystem som gir staten, regionale helseforetak og andre muligheter til å følge aktivitet, prioriteringer og kostnadsutvikling i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak vil i tillegg ha muligheter for å benytte systemet til prisfastsettelse, kostnadssammenlikninger og målestokk- og anbudskonkurranser.

Utvalget legger vekt på behovet for fleksibilitet i finansieringen av helseforetak. Av hensyn til individuelle forskjeller, både mellom ulike regioner og mellom helseforetak i samme region, er det viktig at regionale helseforetak selv kan avgjøre hvordan ISF-refusjonene bør utformes. En fleksibel stykkprisandel vil kunne benyttes til å skille mellom sykehus med stor bredde i sitt tilbud av helsetjenester og sykehus med et smalere tilbud. Sistnevnte vil kunne være svært sårbare ved bruk av gjennomsnittspriser, mens det vil være mer treffsikkert overfor store enheter. I tillegg vil det kunne være aktuelt å operere med en annen stykkprisandel overfor sykehus uten akuttberedskap. Brukt på denne måten, kan DRG-systemet virke positivt i retning av å støtte opp under en ønsket funksjonsfordeling i regionen. Differensierte satser kan også benyttes for å skille mellom høyt prioriterte og lavt prioriterte oppgaver, slik at høye refusjonssatser benyttes for tjenester som er høyt prioritert. Regionale helseforetak bør også kunne operere med ulike enhetspriser overfor ulike sykehus. Dette er et aktuelt virkemiddel hvis en eksempelvis ønsker å differensiere overføringene etter kostnadsutviklingen i det enkelte sykehus over tid, og ser dette i sammenheng med effektiviseringstiltak. Virkemidlet kan også være aktuelt å bruke hvis sykehusene systematisk står overfor ulike kostnadsforhold. At regionale helseforetak må stå fritt i å bruke priser, er også omtalt i kapittel 8 og i kapittel 21.

Utvalget har videre merket seg at det har skjedd en videreutvikling av DRG-systemet slik at det nå finnes muligheter for å implementere løsninger knyttet til poliklinikk og rehabilitering. Dette diskuteres i det følgende.

9.3 Finansiering av poliklinisk virksomhet

9.3.1 Hovedtrekkene i poliklinikkfinansieringen

Tilskudd til poliklinkker gis som refusjon etter faste takster for poliklinisk virksomhet ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, herunder offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet. Poliklinisk refusjon gis over Helsedepartementets budsjett. Budsjettposten administreres av Rikstrygdeverket, og utbetalingene foretas fra oppgjørskontor i trygdeetaten til de enkelte sykehus. I tillegg til poliklinikktakster for offentlige sykehus finnes det egne finansieringsordninger for poliklinisk virksomhet hos private spesialister, psykologer, laboratorier og røntgeninstitutter. Disse ordningene administreres av Rikstrygdeverket og omtales i kapittel 14.

Polikliniske refusjoner, både de som gis til statlige helseinstitusjoner og til private, er tilskudd som gis etter faste takster per konsultasjon eller undersøkelse. Takstene er i hovedsak prosedyrerelatert og ikke diagnoserelatert som ISF. Dette er en viktig prinsipiell forskjell. ISF-systemet har insitament til effektiv behandling når en diagnose er stilt. Til grunn for takstene ligger det da en forutsetning om hvilke aktivitet eller prosedyrer som forventes å være nødvendig for å behandle den aktuelle diagnosen. Prosedyrerelaterte takster innebærer derimot i langt større grad at en får refusjon for alt som blir gjort («fee for service»), uten at det legges begrensninger på for eksempel hvor mange prøver som tas eller hvor mange kontroller som utføres.

Til forskjell fra ISF utbetales polikliniske refusjoner direkte til sykehusene. Statens refusjoner for poliklinisk virksomhet er forutsatt å dekke rundt halvparten av driftskostnadene til de enkelte prosedyrer/undersøkelser, jf. Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker. De øvrige utgiftene

dekkes via basisbevilgningen til regionale helseforetak og pasienters egenbetaling.

Inntekter fra poliklinisk virksomhet utgjorde en stadig større andel av sykehusenes samlede inntekter fram til dagkirurgien ble lagt over i ISF i 1999. Fra 1991 til 1999 økte poliklinikkandelen av sykehusenes inntekter fra 6,5 prosent til 8,0 prosent. En grunn til dette er at aktiviteten innen poliklinisk behandling har økt jevnt i mange år. En annen grunn er at takstene er økt. Samtidig med innføringen av ISF i 1997, ble takstene hevet med mellom 20 og 40 prosent. Det ble da også innført en egen takstgruppe for inngrep som enten var særlig ressurskrevende, eller hvor man ønsket å stimulere sykehusene til å øke aktiviteten. Enkelte takster ble som følge av dette doblet.

I 2002 anslås refusjoner fra staten til poliklinisk behandling å utgjøre 3,88 mrd. kroner. Veksten i refusjonene til laboratorier og rønteninstitutter har vært spesielt sterk i de senere år. Regnskapstall ved utgangen av oktober 2002 viser at utbetalingene til offentlige røntgenvirksomheter har vokst med 32 prosent i forhold til samme periode i fjor (januar–oktober). For de private røntgeninstituttene er den tilsvarende veksten i utbetalinger vel 53 prosent[1]. En del av denne veksten henger sammen med omleggingen til nytt kodesystem. Når det gjelder de offentlige laboratoriene, har veksten i utbetalinger i de første ti månedene i 2002 vært på 29 prosent sammenliknet med samme peri-

1. St. prp. nr. 1 (2002–2003) Helsedepartementet, kap. 0732, post 77 og kap. 2711, post 76.

Boks 9.4 Takstsystem for poliklinikkene

Takstsystemet for de offentlige poliklinikkene er bygd opp innenfor tre hovedgrupper:
- konsultasjonstakster
- tilleggstakster
- lab/røntgentakster

Det er 504 polikliniske takster, hvorav om lag 121 gjelder for laboratorieundersøkelser. For røntgenvirksomhet er det utviklet et kodeverk med 38 primærkategorier («DRG») for radiologi. Poliklinikktakstene fastsettes ensidig av staten ved Helsedepartementet. Det er ingen forhandlinger om takstene, men sykehus, spesialistforeninger o.l. kan sende inn forslag til takstendringer. Helsedepartementet har ulike rådgivende faggrupper. Rikstrygdeverket deltar ikke i fastsettingen av takstene.

Datagrunnlaget for den polikliniske aktiviteten er langt svakere enn for aktiviteten på sengeavdelingene. En mangler også et verktøy som kan gjøre det mulig å vekte ulike typer poliklinisk aktivitet sammen til «polikliniske indekspasienter». Til en viss grad gjenspeiler imidlertid takstsystemet forskjeller i ressursbehov ved de forskjellige prosedyrene. I studiene som er gjort av poliklinisk behandling, tar man derfor utgangspunkt i de statlige refusjonene som en tilnærming til aktiviteten.

Enkelte viktige utvidelser av området for når det kan utløses en poliklinisk takst, er gjort de senere årene:

- I 1997 ble det innført to takster for telemedisin – en konsultasjonstakst og en for oversendelse av røntgenbilder. Røntgentaksten ble senere avviklet, men er senere innarbeidet i nytt kodeverk for radiologi. Fra 1. juli 2002 ble det innført fire nye takster for ulik bruk av telemedisin innen hud og øre-nese-hals. Det foreligger dermed fem telemedisintakster.
- 1. juli 2001 ble det innført poliklinisk takst for hjemmebasert dialyse, jf. Innst. S. nr. 325 (2000–2001).
- 1. januar 2001 ble det opprettet takst for pasientopplæring for astmatikere, som supplerte daværende takst for pasientopplæring av diabetikere. Fra 1. januar 2002 ble det også innført takster for opplæring av pasienter med nyresvikt. Takstene forutsetter at det etableres fastlagte opplæringsprogram i regi av sykehus.
- Fra 1. januar 2002 ble det innført et kodeverk for radiologiske polikliniske tjenester (NORAKO) og et nytt refusjonssystem som er likt for offentlige og private røntgeninstitutt.

Det finnes ingen klare kriterier for å beskrive hva som skiller poliklinisk behandling fra annen behandling i sykehus. De fleste sykehusene har både separate poliklinikker og poliklinisk behandling i avdelinger som også behandler heldøgnspasienter. Grensene mot dagbehandling i sykehus er glidende, og tjenesteområdet polikliniske tjenester utvides stadig.

ode i fjor. For de private laboratoriene har det ikke vært vekst i utbetalingene.

Den sterke veksten i utviklingen i utgifter til både privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet indikerer at det er behov for en bedre planlegging og samordning av denne type virksomhet. For laboratorie- og røntgenvirksomhet vises det til omtalen av private aktører i kapittel 13 og omtalen av statens finansiering av disse tjenestene i kapittel 15.

9.3.2 Svakheter og utfordringer ved poliklinikkfinansieringen

Utvalget mener finansieringen av poliklinikkene ved de somatiske sykehusene i all hovedsak har fungert etter intensjonen. Opptrapping av satsene i flere omganger ser ut til å ha gitt stimulert til økt poliklinisk aktivitet som forutsatt. Aktiviteten ved poliklinikkene, inkludert dagkirurgi, ved somatiske sykehus har økt. I 1999 ble det gjennomført 2 876 000 konsultasjoner. Det skjedde en økning til 3 087 000 konsultasjoner i 2000 – en økning på 7,3 prosent. Fra 2000 til 2001 var økningen på 3,6 prosent, til 3 198 000 konsultasjoner. Det eksisterer imidlertid svakheter ved poliklinikkfinansieringen når det gjelder prisforskjeller, sammenlikningsmuligheter, prøvetaking og kontroller, og manglende inngrep for regionale helseforetak. Dette er problemer som må håndteres.

Uheldige prisforskjeller

Et forenklet eksempel kan belyse dilemmaer lokale planleggere kan komme opp i. Det antas at en pasient med en alvorlig nevrologisk sykdom, antatt multippel sklerose, henvises til utredning ved sykehus. Legen ved sykehuset har to valg: Undersøkelse ved innlegging eller ved ett eller flere poliklinikkbesøk. I dette tilfellet er det ikke vesentlige forskjeller i det medisinske innholdet i de tjenestene pasienten møter som innlagt eller som poliklinisk pasient. Dersom pasienten utredes poliklinisk, kan sykehuset kreve takst på 217 kroner (takstgruppe 2) og på 1191 kroner (takstgruppe 5), samt at det kan kreves egenandel på 200 kroner og eventuell egenandel for røntgen eller ultralyd. Dersom pasienten i stedet legges inn i sykehuset for utredning, registreres pasienten på en måte som gjør at oppholdet kategoriseres i DRG 13 med en tilhørende kostnadsvekt på 1,01. Dermed utløses en ISF-refusjon på 55 prosent av antatt DRG-kostnad på om lag 30 000 kroner, det vil si i underkant av 17 000 kroner. Det er altså store forskjeller i antatt inntekt knyttet til de to inntaksmåtene. I tillegg kommer utgiftsforskjellene, som kan være betydelige som følge av ulik organisering, bemanning og kapitalinnsats. Valget mellom de to behandlingsmåtene vil i mange tilfeller ikke være rasjonelt, siden konsekvensene for inntektssiden kan bli så store. Manglende oversikt over kostnadene knyttet til de ulike behandlingsalternativene kan også medføre lite rasjonelle valg. I eksemplet ovenfor er kostnadene forbundet med behandlingen sannsynligvis langt lavere dersom utredningen foretas poliklinisk. Hvis behandling med innleggelse velges, blir utgiftene høyere enn nødvendig, og det oppstår et samfunnsøkonomisk tap.

Få muligheter for å sammenlikne kostnader

I tillegg til DRG-systemet benyttes, som nevnt, flere systemer som grunnlag for finansiering av somatisk pasientbehandling. Sykehusenes poliklinske virksomhet og private spesialister finansieres gjennom sine respektive takstsystemer, som begge administrert av Rikstrygdeverket.

Disse ordningene baseres på registrering av virksomhet på en annen måte enn i DRG-systemet. Det er også forskjeller mellom takstsystemet for offentlige poliklinikker og private spesialister. Dette fører til at det ikke er mulig å få en enhetlig oversikt over aktivitetene i og utenfor sykehus. Systemene er utviklet med utgangspunkt i helt forskjellige prosedyrer og kostnadsgrunnlag, mens den faktiske pasientbehandlingen i mange tilfeller ikke er grunnleggende forskjellig. Utvalget mener det er uheldig at den økonomiske uttellingen er svært ulik for tjenester som i mange tilfeller likner hverandre. Skillet skaper også planleggingsproblemer for helseforetakene og gjør det vanskelig å sammenlikne aktiviteter og kostnader mellom innleggelse, behandling ved sykehusenes poliklinikker og behandling hos privat spesialist.

Økte kontrollaktiviteter

Analyser av Bratlid (2002) fra Regionsykehuset i Trondheim, nå St. Olavs Hospital, indikerer betydelig økning i kontrollaktiviteten ved poliklinikkene. Utvalget har på bakgrunn av dette gjort egne undersøkelser av disse forholdene ved alle somatiske sykehus. Analysen er basert på et noe annet og mindre detaljert datagrunnlag enn Bratlids studier og gir derfor ikke direkte sammenliknbare resultater. Utvalgets resultater indikerer en viss økning i kontrollaktiviteter i perioden 1995–2001, men viser langt svakere tendens enn det Bratlid har funnet. Totalt ser det ut til at det er skjedd en økning i kontrollaktiviteten med om lag 10 prosent

i analyseperioden. Analysen viser at veksten ved poliklinikkene i hovedsak er knyttet til enkeltkonsultasjoner. Om lag 1,5 millioner pasienter eller hver tredje innbygger var i 2001 innom en poliklinikk ved et somatisk sykehus. Det kan reises spørsmål ved om en del av disse pasientene kunne vært behandlet på lavere omsorgsnivå. Dette diskuteres i kapittel 9.6.

Poliklinikkrefusjonene er dels utenfor kontroll av regionale helseforetak

Staten utbetaler i dag polikliniske refusjoner direkte til det enkelte sykehus. Store ressurser overføres med andre ord utenom regionale helseforetak. Dette kan i verste fall redusere mulighetene regionale helseforetak har for helhetlig styring og kontroll på dette området. Det vises til drøftingen i kapittel 15.

9.3.3 Utvalgets vurderinger

I tillegg til DRG-systemet benyttes flere systemer som basis for finansiering av somatisk pasientbehandling: Sykehusenes polikliniske virksomhet og private spesialister finansieres gjennom egne takstsystemer administrert av Rikstrygdeverket. Disse ordningene baseres på registreringer av virksomheten som er ulik den som finnes i DRG-systemet. Det er også variasjoner mellom takstsystemet for offentlige poliklinikker og private spesialister. Dette fører til at det ikke er mulig å få en enhetlig oversikt over aktivitetene i og utenfor sykehus. Manglende informasjon om behandlingsaktivitet gjelder særlig private spesialister. På denne bakgrunn blir det vanskelig å drive planlegging av behandlingsaktivitetene. Dette gjelder både for utvikling av behandlingsprogrammer for pasientene og for valg av de helseprodusenter som tilbyr beste kombinasjon av pris og kvalitet. Presentasjon av én statistikk som omfatter all behandling i spesialisthelsetjenesten, er ikke mulig i dag. Utvalget foreslår derfor at det utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for somatisk spesialisthelsetjeneste. Pasientopplæring må inkluderes i systemet. Hovedformålet er å utvikle et felles system for ulike deler av tjenesten – inneliggende behandling, poliklinisk virksomhet og behandling hos private spesialister – samt i større grad å utvikle systemet for ikke-kirurgisk behandling.

Behandlingen bør registreres og kategoriseres ved bruk av prosedyrekoder som kan brukes uavhengig av type helseprodusent. En gjennomgang av internasjonale og nordiske kodesamlinger viser at det ikke finnes noe kodeverk som kan tas i bruk. Et norsk prosedyrekodeverk som skal dekke aktivitetene i spesialisthelsetjenesten, må utvikles fra bunnen av. Stor hjelp i å utforme kodetekster kan en imidlertid få ved å studere internasjonale og nordiske kodesamlinger. Utvalget vil her vise til omtalene av den utviklingen av DRG-systemer i andre land i kap 9.2.4, spesielt omtalen av Sverige.

Utvalget er derfor samstemt i forslaget om at det må utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for all somatisk spesialisthelsetjeneste som inkluderer medisinske prosedyrer og all aktivitet ved poliklinikker og hos private spesialister. Det vises til utvalgets forslag om dette i kapittel 21.

Utvalget har dessuten, i brev til Helsedepartementet av 24. oktober 2002, tatt initiativ til å sette i gang et utviklingsprosjekt med følgende innhold:

- Det utarbeides et enhetlig prosedyrekodeverk for å dekke aktivitetene innen spesialisthelsetjenesten, inkludert medisinske prosedyrer og all aktivitet ved poliklinikker og hos private spesialister. Kodeprinsippene bør i størst mulig grad være i tråd med gjeldene kodeverk (NCSP, NORAKO). Arbeidet må samordnes med kode- og klassifiseringsarbeidet i Norden for øvrig, herunder NordDRG-O som er under utvikling for dagkirurgi og deler av poliklinisk aktivitet.
- All aktivitet, også aktiviteten ved poliklinikkene og hos private spesialister, skal etter utvikling av det enhetlige prosedyrekodeverket aggregeres slik at man får medisinsk meningsfulle og samtidig statistisk sett relativt kostnadshomogene produktgrupper.
- Når det finnes sammenliknbare produktgrupper for all aktivitet ved sykehusene kan en beregne gjennomsnittskostnader for gruppene, tilsvarende det som gjøres i DRG-systemet. Kostnadsberegningene kan benyttes til både interne, regionale og nasjonale ressursvurderinger og, om aktuelt, til å utvikle et mer komplett finansieringssystem basert på aktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet som er foreslått, er omfattende og vil strekke seg over 3–5 år. Det kan imidlertid gjennomføres i faser der resultatene implementeres etter hvert. I første fase bør det tas sikte på å innføre enhetlige prosedyrekoder for innleggelser og poliklinikk samt gruppering av poliklinikktjenester i diagnose/prosedyre-par. Kostnadsvurdering for de ulike gruppene påbegynnes for å gjøre gruppene kostnadshomogene. I en senere fase behandles spesielle medisinske fagområder som ikke har tilfredsstillende muligheter for prosedyreregistre-

ring i dag (nyfødtmedisin, intervensjons- og intensivbehandling, ikke-kirurgisk kreftbehandling og rehabilitering). Her vil antakelig mye være avklart allerede i første fase av prosjektet. I avsluttende faser bør det tas sikte på å utarbeide en mer helhetlig grupperingsløsning for kliniske spesialisttjenester med nødvendige kostnadsberegninger.

Det er grunn til å tro at innføring av et enhetlig system for aktivitetsregistrering vil gi innsparinger på to måter:

- Kostnader og inntekter hos tjenesteyter vil kunne estimeres bedre, noe som øker mulighetene for rasjonelle valg om bruk av mest kostnadseffektive behandlingssted og -nivå.
- Administrative kostnader knyttet til tre parallelle aktivitetsregistreringssystemer for innleggelse, poliklinikk og private spesialister kan på sikt reduseres.

Inntil en harmonisering av de ulike finansieringsordningene er en realitet, kan det være aktuelt å legge om betalingsstrømmene, slik at polikliniske refusjoner utbetales til regionale helseforetak på linje med annen stykkprisfinansiering. Dette er drøftet i kapittel 15, der utvalget også drøfter om refusjoner til private avtalespesialister og refusjoner til laboratorie- og røntgentjenester bør overføres til regionale helseforetak.

Utvalget er delt i sitt syn på dette, jf. konklusjonene i kapittel 21.

Dette forutsetter endring av forskrift 1. desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Denne forskriften fastsetter i dag at godtgjørelsen utbetales av trygdekontoret direkte til helseinstitusjonen.

9.4 Opplæring av pasienter og pårørende

9.4.1 Dagens finansiering

Plikt til å gi opplæring av pasienter og pårørende er likestilt med pasientbehandling i lov om spesialisthelsetjeneste. I lovens § 3–8 er sykehusenes oppgaver definert på følgende måte:

> «Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.»

Opplæring er særlig et viktig område for funksjonshemmede og pasienter med alvorlige kroniske lidelser. Opplæring er en forutsetning for mestring av livet som kronisk syk eller funksjonshemmet. Det er ofte også en forutsetning for å forhindre forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner. Kronisk syke er dessuten en pasientgruppe som tallmessig øker.

Det er opprettet 13 lærings- og mestringssentre ved ulike sykehus, og Aker universitetssykehus er godkjent som Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Ytterligere 10 sykehus antas i løpet av 2003 å etablere slike sentre. Fra kompetansesenteret gis det stimuleringstilskudd i en startfase på inntil to år til nye sentre.

Opplæring av pasienter som foretas på offentlige poliklinikker er gitt egne takster for tre pasientgrupper: astmatikere, nyresvikt og diabetes. Takstene for astmatikere ble gjort gjeldende fra og med 2001, mens takstene for nyresvikt og diabetes ble gjort gjeldende fra og med 2002. Takstene forutsetter at det etableres fastlagte opplæringsprogram i regi av sykehus.

Øvrige tiltak i forbindelse med opplæring av pasienter og pårørende er ikke gitt særskilt finansiering.

Det er viktig at opplæringstilbudet til kronisk syke ved sykehusene baserer seg på tverrfaglig kunnskap og innsats hos personell fra flere faggrupper, ansatte i kommunehelsetjenesten og brukerne selv. Brukerorganisasjonenes likemannsarbeid er derfor en viktig innsatsfaktor.

9.4.2 Utvalgets vurdering

Opplæring av pasienter og pårørende er en aktivitet som spesialisthelsetjenesten er lovpålagt i og med den nye spesialisthelsetjenesteloven fra 2001. Dette innebærer at alle deler av spesialisthelsetjenesten skal ivareta nødvendig opplæring av pasienter og pårørende. Siden denne funksjonen ikke er ivaretatt i dagens finansieringsordninger, med unntak av polikliniske takster for enkelte pasientgrupper, er problemstillingen knyttet til finansiering av dette feltet det samme som for andre funksjoner som mangler tilhørende finansiering. Det vises til omtalen av områder som behandling av eldre og kronisk syke, tverrfaglig behandling, ambulant behandling og desentralisert spesialisthelsetjeneste i kapittel 9.

Å innarbeide opplæring som en integrert del av somatisk og psykiatrisk utredning og behandling, er trolig den mest fruktbare innfallsvinkel til opplæring og mestring. Fordi slike aktiviteter medfører utgifter uten tilhørende inntekter, er imidlertid helsepersonellets holdninger av stor betydning.

Utvalget viser til at staten gjennom å lovfeste spesialisthelsetjenestens plikt til å gi nødvendig opplæring av pasienter og pårørende, har lagt et særskilt ansvar for disse funksjonene til helsetjenesten. I tillegg til behov for holdningsendring, må det kunne forventes at finansieringssystemet som et minimum legger til rette for at funksjoner som iverksettes for å ivareta opplæring, har samme økonomiske insentiver som andre tiltak i et behandlingsforløp. Dersom regionale helseforetak velger å legge til grunn en felles stykkprisfinansiering for somatikk og psykiatri, bør det tilsvarende utarbeides finansiering som retter seg mot opplæringsprogrammer og andre opplæringstiltak. Dersom regionale helseforetak i stedet velger andre økonomiske insentiver for pasientbehandling, mener utvalget det er en fordel at finansieringen av opplæringen følger samme insentivstruktur.

9.5 Habilitering og rehabilitering

9.5.1 Kort beskrivelse av feltet

I St.meld. nr. 21 (1998–1999) Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk oppsummeres fire situasjoner som kan medføre behov for rehabilitering:

- funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet
- funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemninger
- funksjonsomstilling ved overgangen til en ny livsarena (for eksempel fra skole til arbeid) eller ved endrede krav i omgivelsene rundt den enkelte (for eksempel i bo- eller arbeidssituasjonen)

Habilitering er et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte fysiske, psykologiske og sosiale funksjoner hos barn og unge med funksjonshemninger som er medfødt, eller som de er blitt påført senere i livet. Habilitering av barn og unge er en avgrenset del av det totale rehabiliteringstilbudet.

Habilitering og rehabilitering er et område der utredning og behandling skjer på ulike nivåer og i ulike deler av helsetjenesten, og kommunene har et definert ansvar for å drive rehabilitering. De spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenester innenfor helsetjenesten er i hovedsak integrert i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte tjenester som er så spesialiserte at en ikke kan forvente at de kan ivaretas i kommunene.

Habilitering og rehabilitering skiller seg fra annen helsetjeneste først og fremst på følgende områder:

- Det fordres et tverrfaglig perspektiv, og bistand fra helsetjenesten bør koordineres med tjenester fra andre som for eksempel trygde- og arbeidsmarkedsforvaltningen.
- Innenfor samme diagnose kan pasientenes behov for habilitering og rehabilitering variere betydelig
- Brukerens medvirkning er sentral for å oppnå gode resultater, og rehabilitering i brukerens nærmiljø er en særskilt kvalitetsfaktor.
- Rehabilitering er ofte tidkrevende og for enkelte pasientgrupper er rehabiliteringsbehovet tilbakevendende, i enkelte tilfeller gjennom hele livet.

Rehabilitering tar utgangspunkt i menneskets rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. Rehabiliteringsvirksomheten skal motvirke sykdomsfokusering og passive pasientroller, og fremme personlig ansvar og egen mestring. På samme måte som rehabilitering skal habilitering medvirke til en mest mulig selvstendig livssituasjon for den enkelte gjennom tilrettelegging og opptrening av den enkeltes ferdighetene til å mestre dagliglivets aktiviteter. Flere etater og instanser, både innenfor og utenfor helse- og sosialtjenestene, er viktige bidragsytere i habiliteringsarbeidet, bl.a. skole, barnehage, boligetat/teknisk etat og PP-tjeneste. Habilitering av funksjonshemmede barn har i liten grad særskilt finansiering.

Polikliniske tjenester innenfor habilitering og rehabilitering utøves i forbindelse med utredning, men i mindre grad i forbindelse med iverksetting av tiltak. Behandling utøves hovedsakelig i regi av særskilte tverrfaglige team, som har et særlig ansvar for å gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten. Det kan være etablert rehabiliteringsteam, habiliteringsteam, slagteam, geriatriske team, autismeteam osv.

Organiseringen av rehabiliteringsfeltet er relativt uoversiktlig. Rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten utføres på spesialsykehus, i ordinære sykehus, og i institusjoner utenfor sykehus. Innenfor sykehus foregår rehabilitering både i revmatologiske avdelinger, nevrologiske avdelinger, geriatriske avdelinger osv., og i avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Rehabiliteringsfeltet ble omtalt som et eget satsingsområde i St.meld. nr. 21 (1998–1999). Meldingen ble imidlertid ikke fulgt av økte bevilgninger. I stedet har fokus fra statlige myndigheter vært å konkretisere hva som forventes av innsats, både

gjennom rehabiliteringsforskriften, og siden gjennom en egen forskrift om individuelle planer. Til sammen inneholder disse forskriftene viktige styringssignaler om hva som forventes av tjenester og samarbeid innen rehabiliteringsfeltet. Pasientens rett til individuelle planer er senere lovfestet i lov om pasientrettigheter.

9.5.2 Finansiering av habilitering og rehabilitering

Fra 1994 ble det opprettet statlige stimuleringstilskudd til fylkeskommunene over Sosial- og helsedepartementets budsjett. I løpet av de etterfølgende år ble det etablert tverrfaglige team, egne slagenheter og egne habiliteringstilbud til barn og voksne i alle fylker. I tillegg er egne rehabiliteringsavdelinger opprettet i 15 fylker. Etter en fase med søknadsbaserte tilskudd gikk man fra 1999 over til å tildele tilskuddene etter objektive kriterier, og fra 2001 ble tilskuddet innlemmet i inntektssystemet til fylkeskommunene. Samtidig ble det utarbeidet en statlig forskrift om habilitering og rehabilitering som tok sikte på å klargjøre fylkeskommunenes ansvar på dette feltet. Midler som lå inne i inntektssystemet ble ved overgangen til statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten fra og med 2002 lagt inn i basisbevilgningen til regionale helseforetak.

Nåværende finansiering av rehabliteringsområdet består av flere elementer, både rammetilskudd gjennom basisbevilgningen til regionale helseforetak, egen utredningstakst innenfor polikliniske refusjoner, samt ISF for heldøgnsopphold og dagbehandling i sykehus. Innenfor primærhelsetjenesten er feltet finansiert over inntektssystemet til kommunene.

Polikliniske refusjoner

Full utredning av rehabiliteringspotensiale kan i mange tilfeller gjennomføres i poliklinikk, og gis i så fall en poliklinisk refusjon på 1191 kroner (i 2002). Slik refusjon forutsetter et tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper, og refusjon utbetales også når undersøkelsen finner sted utenfor eget sykehus/poliklinikk. Denne taksten er, i likhet med øvrige takster på dette nivå i takstsystemet, begrenset til utbetaling maksimalt én gang hvert halvår. Videre er det utredningstakster innenfor revmatologi, lungemedisin, geriatri, pediatri og fysikalsk medisin som kan være aktuelle i forhold til rehabilitering/habilitering. Det er også takster for pasientopplæring når det gjelder pasienter med diabetes, nyresvikt og astma.

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å bistå og veilede primærhelsetjenesten. Reiser til pasientens hjemkommune for yte veiledning av personell, pasient og pårørende har imidlertid ingen særskilt finansiering, men er forutsatt finansiert over rammene til regionale helseforetak.

ISF

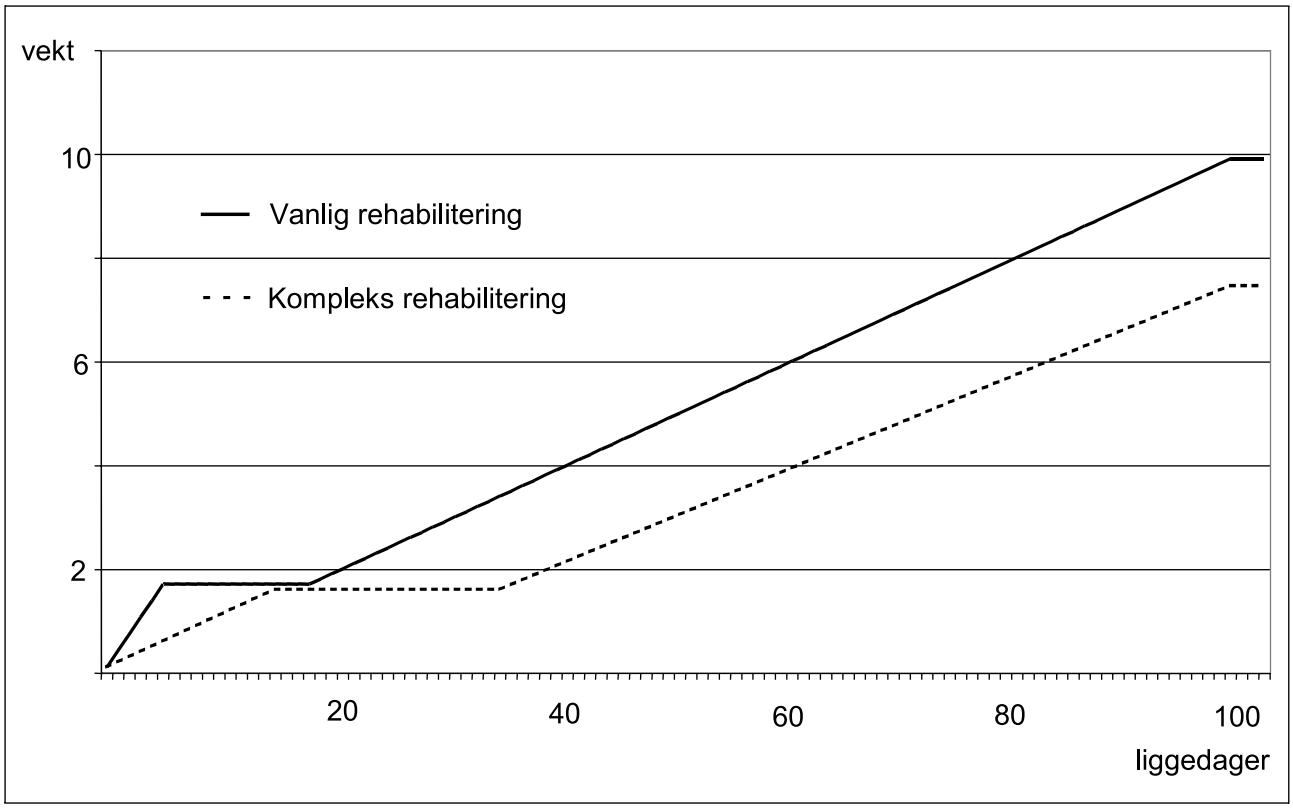
For rehabilitering av innlagte pasienter i sykehus er det utarbeidet en særordning i ISF som ble iverksatt fra 1. januar 1999. Rehabilitering er det eneste tjenesteområdet hvor pasientens liggetid er gitt betydning for den økonomiske uttellingen i ISF. Når pasienten er gitt rehabilitering som hoveddiagnose, er dette primær rehabilitering, til forskjell fra sekundær rehabilitering der pasienter med andre diagnoser mottar rehabilitering innenfor samme sykehusopphold.

Primær rehabilitering

For pasienter med hoveddiagnose rehabilitering framkommer DRG-vekten for det enkelte sykehusopphold etter en beregning der det tas hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Liggetiden for den enkelte pasient påvirker med andre ord hvilken DRG-vekt som gis for sykehusoppholdet. Fordi kompleksiteten i behandlingen er forskjellig – det er blant annet ulik bruk av flere grupper personell i ulike rehabiliteringsopplegg – skilles det i vektingen mellom vanlig og kompleks rehabilitering.

I figur 9.1 illustreres den betalingsmessige uttellingen for vanlig og kompleks rehabilitering (DRG 462 A og B). Som figuren illustrerer, trappes kostnadsvekten og refusjonen opp, basert på faktisk liggetid for det enkelte sykehusopphold. Opptrappingsmodellen er forskjellig for vanlig og kompleks rehabilitering men maksimal antall liggedager er det samme for begge.

Før innføringen av rehabiliteringsløsningen i ISF forutsatte en at vanlig rehabilitering utgjorde om lag 70 prosent av all aktivitet, og kompleks rehabilitering om lag 30 prosent. Erfaringen viser imidlertid at langt flere enn 30 prosent av oppholdene registreres som kompleks rehabilitering. Før utbetaling av ISF-refusjonene gjøres det derfor fra statens side et trekk i utbetalingen til regionale helseforetak dersom andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent. Registrerte data fra helseforetakene viser at det registreres om lag 55 prosent kompleks rehabilitering og 45 prosent vanlig rehabilitering.



Figur 9.1 Forholdet mellom DRG-vekt og liggetid for vanlig og kompleks rehabilitering for pasienter med hoveddiagnose rehabilitering.

Kilde: Helsedepartementet (2002).

Sekundær rehabilitering

Også pasienter med andre diagnoser enn rehabilitering, for eksempel lårbensbrudd, trenger i mange tilfeller rehabilitering. I slike tilfeller gis også tillegg i ISF-refusjonen for lang liggetid. Dette forutsetter imidlertid at sykehusoppholdet faller innenfor 10 utvalgte diagnoserelaterte grupper, og at rehabiliteringen følger som en del av og i forlengelsen av en akutt innleggelse. Dagtillegget for rehabilitering starter etter at pasienten har ligget inne lengre enn trimpunktet i aktuell DRG. Tillegget er det samme for hver liggedag og utbetales inntil maksimal antall liggedøgn på 100 døgn.

Privateide institusjoner

Tredjepartsfinansiering gjennom trygderefusjoner er for en stor del etablert i forhold til privateide institusjoner på rehabiliteringsområdet. Opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre mm. er i hovedsak private institusjoner som forutsettes å gi aktiv opptrening og etterbehandling til ulike pasientgrupper, for eksempel pasienter med sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og hjerte-/karsystemet. For en del av pasientene vil oppholdet være et ledd i en helhetlig rehabiliteringsprosess. Finansieringen foreslås endret i forslag til statsbudsjett for 2003. Den nåværende finansiering, der kurdøgnbetaling fra trygdeetaten utgjør en grunnleggende del av det økonomiske grunnlaget for opptreningsinstitusjonene, foreslås lagt om slik at de økonomiske ressursene knyttet til kjøp av tjenester fra disse institusjonene overføres til regionale helseforetak over en fireårsperiode. Forslaget gjelder også de spesielle helseinstitusjonene og helsesportsentre, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003).

9.5.3 Problemer og utfordringer

Habilitering og rehabilitering omtales ofte som den tapende part i helsetjenesten, et felt som hevdes å ha lav status og oppmerksomhet i medisinske miljøer, og et felt som i liten grad følges opp med økte bevilgninger, verken fra statlig hold eller fra de som skal prioritere pengebruken nedover i behandlingskjeden. I tillegg kommer at feltet ikke har en enhetlig organisering, men er i større grad enn de aller fleste andre helsetjenester er preget av ulik organisering, forskjellige tilbud og ulik tilnær-

ming der hvor man har etablert tilbud. Fra Helsedepartementets side omtales en del av vanskelighetene på dette feltet i forslaget til statsbudsjett for 2001, jf. St.prp. nr. 1 (2000–2001):

> «… Det er fortsatt deler av dette feltet som ikke har fått et nødvendig løft. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i tilbudet, og i mange tilfelle reduseres effekten av kostbar akuttbehandling fordi rehabiliteringskjeden svikter. De øremerkede bevilgninger til rehabiliteringstiltak i fylkeskommunen har bidratt til en fokusering og styrking av feltet, men det er fortsatt mange uløste oppgaver. Mange brukere opplever rehabiliteringstilbudet som utilstrekkelig og lite adekvat i forhold til egne behov. Rehabiliteringsfeltet beskrives ofte som fragmentert og uten tydelig organisering av ansvar og myndighet. Mangelen på målrettet samhandling mellom bistandsytere med ulike oppgaver og ulik etatstilknytninger er trolig en viktig årsak til at bistanden ikke er god nok. Det synes å være store kunnskaps- og kompetansemangler på rehabiliteringsfeltet, og det er store forskjeller med hensyn til hva de ulike yrkesgrupper som deltar i rehabiliteringsprosessen, lærer gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Organisering av kunnskaps- og kompetanseutvikling og formidling blir dermed viktig for å kunne utvikle rehabiliteringsfeltet.»

Det kan hevdes at dagens stykkprisfinansieringsordning (ISF og poliklinikktakster) ikke oppmuntrer til den typen virksomhet som er nødvendig for å få til en helhetlig og god habiliterings- og rehabiliteringstjeneste. Arbeidsformen innenfor rehabilitering og habilitering er annerledes enn for eksempel arbeidsformen innenfor kurative somatiske tjenester, og kan hevdes å være mindre egnet for stykkprisfinansiering enn øvrige sykehustjenester. I et brev til utvalget, har Helse Midt-Norge særlig pekt på mangler i poliklinikkfinansieringen:

> «Dagens finansieringsordninger ivaretar ikke behovet for tverrfaglighet, eller behovet for større grad av behandling og rehabilitering. At dagens takstsystem for poliklinisk virksomhet innenfor rehabilitering dessuten gir liten fleksibilitet for gjentatte konsultasjoner, vanskeliggjør situasjonen ytterligere og går på tvers av fagets innhold og praktisering i forhold til pasienten.» (Sitat fra brev til utvalget fra Helse Midt-Norge, juli 2002.)

Fra arbeidsutvalget for barnehabiliteringstjenesten i Norge påpekes det overfor utvalget særskilte problemområder i brev av 17. august 2002:

- Det polikliniske takstsystemet er bygd opp rundt legers arbeid. Innenfor habilitering og rehabilitering står imidlertid leger for en beskjeden del av virksomheten, og det oppstår derfor problemer i forhold til når polikliniske takster kan utløses.
- Bruk av ISF forutsetter at pasienten tas inn til opphold i en eller flere dager, men for mange funksjonshemmede barn er rehabiliteringsopphold i sykehus sjeldent aktuelt. Tilbakemeldinger fra habiliteringsmiljøene er at det er et fåtall som foretar innleggelser i sykehus, og ved innleggelser brukes dessuten rehabilitering sjelden som hoveddiagnose.
- En opplever sjelden at sykehusledelsene legger vekt på at habiliteringstjenesten skal følge opp overordnede prioriteringer, planer, lov og forskrifter for denne tjenesten. Habiliteringstjenesten oppfattes i stedet som lite lønnsom, og når tjenesten heller ikke har øyeblikkelig hjelp som inngang til sykehus, prioriteres denne tjenesten enda lavere.
- Skal man få mest mulig inntjening gjennom takster og ISF, må ambulant virksomhet nedprioriteres. Man får en sentralisering og institusjonalisering av en virksomhet som burde være utadrettet og ambulant. Man får dessuten fokus på legetjenester og diagnostikk i en tjeneste som skal tilby tverrfaglig habilitering av funksjonshemmede.

9.5.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget har ikke funnet utredninger eller analyser som dokumenterer at habilitering og rehabilitering er et område som taper i kampen om ressursene i helsesektoren, men mener likevel på bakgrunn av henvendelser og dialog at det finnes tegn på dette. Særlig innen habilitering av funksjonshemmede barn og voksne, samt deler av rehabiliteringsområdet, skjer behandlingen uten innleggelser i sykehus, fordi mye av tjenesten ytes poliklinisk og/eller ambulant. For poliklinisk virksomhet er det begrenset hvor ofte en takst kan utløses, slik at pasienter med store behov kan framstå som pasienter som utgiftsposter som gir dårlig inntjening. Utvalget er klar over at ressurser til oppfølging og behandling av pasienter med store behov for habilitering eller rehabilitering ofte nedprioriteres som følge av dette.

Eventuell nedprioritering av denne virksomheten har også flere årsaker: Disse aktivitetene omfatter ofte tjenester der ansvarsforholdene mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er uklare, og tjenestene involverer flere ulike etater og fagfelt. Det er en utfordring at en stor og viktig del av rehabilitering av utsatte pasientgrupper foregår

utenfor sykehus, og med hovedansvaret for oppfølging lagt til kommunene. Rehabiliteringstjenesten for disse gruppene ivaretar mange personer med sammensatte lidelser, kroniske sykdommer eller funksjonssvikt. For enkelte pasientgrupper er behandlingsbehovet både tidkrevende og også tilbakevendende. Dette er faktorer som tilsier at stykkprisfinansiering ikke alltid er velegnet, og at det kan være bedre å rette finansieringen mot samlede pasientforløp eller behandlingsprogrammer.

Fordi rehabilitering omfatter pasienter med svært ulike diagnoser, og årsak-virkningsforholdene er mer komplekse enn i øvrig somatisk behandling, mener utvalget at det bør utvikles en diagnosebasert, aktivitetsavhengig finansiering for rehabilitering. Eksempel på et land som har iverksatt et slikt system på dette området, er USA, jf. boks 9.5. Et nytt klassifiseringssystem for rehabilitering vil kunne bidra til større bevissthet og større enighet om hvilke tjenester som etterspørres fra regionalt helseforetak, og bør innrettes for å kunne brukes i prisingen av tjenester fra både private og offentlige tjenesteytere.

Diagnosebasert finansiering av rehabilitering som beskrevet i boks 9.5, vil som hovedregel ikke omfatte finansiering av habilitering av funksjonshemmede. Dette må etter utvalgets mening derfor håndteres på andre måter. Habiliteringstjenesten tilbyr tverrfaglig habilitering for funksjonshemmede og omfatter tjenester fra flere typer helsepersonell. I dag finansieres deler av denne tjenesten gjennom polikliniske takster og innsatsstyrt finansiering. Størstedelen av tjenesten rammefinansieres. Sett fra et brukerståsted er det mer ønskelig å utvikle et system som i høyere grad er basert på finansiering av behandlingsprogram eller pasientforløp. Dette vil på mer helhetlig måte ta høyde for pasientenes behov for ulike tiltak som bør være forankret i en individuell plan.

Et alternativ er derfor å utvikle og kostnadsberegne behandlingsprogrammer, dvs programmer som omfatter utredninger og tiltak i spesialisthelsetjenestene som strekker seg over en lengre periode.

Et annet alternativ er finansiering av lengre pasientforløp. De fleste pasienter har et tidsavgren-

Boks 9.5 USA – nytt klassifiseringssystem for rehabilitering[1]

På bakgrunn av sterkt økende utgifter til rehabiliteringsinstitusjonene, har Kongressen i USA vedtatt en ny prospektiv finansieringsordning for rehabilitering i institusjon fra januar 2002. Ordningen er landsomfattende og er introdusert gjennom Medicare, som i hovedsak sørger for eldre over 65 år og yngre med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger. Medicare har etablert prospektive finansieringsordninger der det enkelte sykehusopphold finansieres gjennom fastlagte stykkpriser, og ikke som tidligere, i forhold til påløpte gjennomsnittskostnader eller regnskapsførte utgifter. Fra 2000 er også polikliniske tjenester omfattet av en slik prospektiv finansiering.

Fram til 1. januar 2002 finansierte Medicare rehabiliteringsinstitusjoner på grunnlag av gjennomsnittlige kostnader knyttet til sykehusopphold, justert på grunnlag av institusjonsbestemte faktorer. I det nye klassifiseringssystemet for rehabilitering er tjenestene kategorisert i 385 kategorier eller «case-mix groups», og priser er utviklet for hver kategori. Utbetalingene skjer på grunnlag av:

- pasientens tilstand (diagnose, funksjonell/kognitiv status, alder)
- markedsbestemte forhold, geografisk plassering og institusjonsbestemte faktorer
- kategorisering av det enkelte institusjonsopphold

De tjenester som er omfattet av den nye finansieringssystemet, er i første rekke intensiv rehabilitering i etterkant av akutte innleggelser i institusjon. Pasienten plasseres i første rekke i henhold til den primære diagnosen (for eksempel slag), og deretter i henhold til alder, funksjonelt/kognitivt nivå, og tilleggslidelser. Pasienter med svært korte opphold (mindre enn fire døgn) defineres som kortliggere, men liggetid påvirker i utgangspunktet ikke klassifiseringen for øvrig. Refusjon avkortes imidlertid dersom pasienten overføres annen institusjon.

Det er innført en ett års overgangsperiode i 2002 der institusjonene dels finansieres i henhold til tidligere utbetalinger. Fra 2003 foretas imidlertid utbetalingene fullt ut etter nytt system.

[1] Basert på informasjon fra CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services, USA.

set pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, selv om de er under mer langvarig oppfølging fra primærhelsetjenesten. Dersom finansiering av habilitering og rehabilitering rettes inn mot antall pasientforløp, kan finansieringen i større grad ivareta flere faser, og ikke kun de fasene der pasienten enten er innlagt i sykehus eller er til utredning eller konsultasjon på en poliklinikk. Mulighetene for mer ambulant behandling, økt dialog mellom nivåene i helsetjenesten og økt vekt på opplæring og mestring, kan trolig utvides dersom en slik finansiering iverksettes.

Vanskelighetene både med finansiering av behandlingsprogrammer og pasientforløp er først og fremst mangel på data over hvilke behov som knytter seg til enkeltpasienter og hvilke kostnader som påløper over tid. Alternativene forutsetter derfor betydelig innsats for å registrere hva som faktisk gjøres innenfor rehabiliteringstjenesten i dag. I tillegg må det foretas en vurdering av hvilke tjenester det er ønskelig å stimulere.

Rammetilskudd til rehabiliteringstjenester samsvarer med den finansiering som i dag gis til for eksempel tverrfaglige team organisert utenfor sykehus, og til størstedelen av kommunenes tjenestetilbud. Habiliteringstjenesten for funksjonshemmede er et eksempel på dette. Rammetilskudd gir større frihetsgrader enn i dag med hensyn til hvordan tjenesten bør utformes, og tilsier at forskjeller i organisering og organisasjonstilhørighet i mindre grad påvirker omfanget av tilgjengelige økonomiske ressurser. Insentivene til effektivitet blir imidlertid dårligere enn i alternativene der finansieringen knyttes til pasientforløp eller behandlingsprogram.

Utvalget vil peke på at for at de tre alternativene, diagnosebasert finansiering, finansiering av behandlingsprogrammer og finansiering av pasientforløp, skal framstå som likeverdige og like aktuelle i finansieringen av helseforetak, mangler man i dag et godt grunnlag for å beskrive tjenestene, samt et bedre grunnlag for å foreta klassifiseringer av de tjenester som utføres. Uten at dette er på plass, er det etter utvalgets mening vanskelig å få til bedre finansieringsløsninger enn i dag. Behovs- og kostnadsanalyser er nødvendig å kunne utvikle et nytt finansieringssystem for rehabilitering og habilitering, og arbeidet bør omfatte rehabilitering i så vel private som offentlige institusjoner. Utvalget anbefaler at et slikt arbeid settes i gang med sikte på å utvikle en diagnosebasert, aktivitetsavhengig finansiering for rehabilitering. I tillegg bør det settes i gang arbeid med å utvikle og kostnadsberegne behandlingsprogrammer for habiliteringstjenestene. Utvalget mener det er viktig å bruke internasjonale erfaringer i dette arbeidet.

9.6 Samhandling og desentralisering

9.6.1 Innledning

Store pasientgrupper har behov for tett og godt samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel personer med kroniske somatiske sykdommer som i hovedsak behandles og følges opp i primærhelsetjenesten, men har behov for utredning og akutt behandling i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende gjelder personer med psykiske lidelser. Personer med behov for rehabilitering og habilitering har et spesielt behov for en tverrfaglig innsats der ulik kompetanse møtes. Personer med kreft og andre alvorlig syke har behov for trygghet og sikkerhet for at de får rask tilgang til spesialisthelsetjenesten ved behov, for eksempel ved smerter eller ved akutte tilstander. Eldre i sykehjem har ofte behov for korte opphold i sykehus for utredning og akutte behandling. Rask utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet eller sykehjem, med begrenset medisinsk faglig oppfølging, kan for enkelte av disse pasientene føre til en unødvendig lang rekonvalesensperiode, med fare for utvikling av påfølgende komplikasjoner og ny invalidiserende sykdom.

Det er en betydelig utfordring å håndtere dette samarbeidet i en organisasjonsmodell der primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er lagt til ulike forvaltningsnivåer.

På noen områder er det imidlertid utviklet finansieringsordninger som kan redusere problemene med manglende samhandling mellom forvaltningsnivåene.

9.6.2 Eksisterende finansieringsordninger

De største finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten retter seg i stor grad mot bestemte institusjoner. Innsatsstyrt finansiering retter seg mot statlige helseforetak og de sykehus som de har inngått avtale med og som er godkjent av departementet for ISF, mens polikliniske refusjoner retter seg mot godkjente offentlige poliklinikker og avtalespesialister som utøver poliklinisk virksomhet etter godkjenning. Spesialisthelsetjeneste som utøves utenfor disse institusjonene faller utenfor disse finansieringsordningene, med mindre det foreligger en særskilt godkjenning fra staten.

Boks 9.6 Mål for god samhandling

Forum for organisasjonsutvikling i sykehus ble etablert i etterkant av Steine-utvalgets NOU 1997: 2 Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus, og eksisterte som et samarbeidsprosjekt mellom KS og Sosial- og helsedepartementet i fire år fram til juni 2002. I forbindelse med avviklingen oppsummerer forumet noen viktige mål for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

- Å gi pasienter og pasientorganisasjoner innflytelse i sykehusenes pasientbehandling og organisasjonsutvikling.
- Å følge opp sykehusets «nye» oppgave: opplæring av pasienter og pårørende.
- Å behandle og følge opp pasienter i langsiktige behandlingskjeder – som både omfatter spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt å finne strategier og teknikker for å bedre samarbeidet.

Forumet understreker behovet for oppbygging av faglige nettverk på tvers av geografiske skillelinjer og peker også på områder som det bør arbeides videre med:

- Å få til bedre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er fortsatt en viktig oppgave. Stikkord er legenettverk over nivågrensene, primærlege inn i sykehus, elektroniske henvisninger mm.
- Faste avtaler mellom sykehus og kommuner om innskriving/utskriving gir mer sammenhengende pasientforløp og sikrer erfaringsutveksling og hospitering.

Dagens regler for utbetaling av ISF-refusjon og poliklinikktakster kan dermed motvirke endringer i struktur og organisering. Fra et overordnet synspunkt er det trolig ulemper knyttet til denne rigiditeten, først og fremst i forhold til pasientens ønske om å behandles nær sitt hjemsted. Men det finnes enkelte takster og unntaksliknende bestemmelser som likevel gir en viss finansiering av desentralisert behandling. Disse ordningene er beskrevet i dette underkapitlet.

Takster for ambulant behandling

Gjennom ambulant behandling reiser sykehuspersonell ut for å foreta utredning og behandling nærmere pasientens bosted. I dagens takstsystem for offentlige poliklinikker eksisterer takster for ambulant behandling for to pasientgrupper – geriatri (eldre) og onkologi (kreft):

- Takst A 42a gjelder full utredning innen geriatri. Taksten på 1191 kroner (2002) utbetales også når undersøkelse foretas utenfor eget sykehus/poliklinikk.
- Takst H03d på 436 kroner gjelder instruksjon rettet mot leger utenfor sykehuset, for eksempel lokalsykehuslege eller sykehjemslege som er ansvarlig for onkologisk behandling i hjemmet eller i annen institusjon.
- Takst H04d på 708 kroner utbetales ved ambulant onkologisk behandling i hjemmet eller i annen institusjon, for eksempel sykehjem eller lokalsykehus.

Disse takstene er begrenset til bruk kun én gang per halvår for samme pasient for samme sykdom/skade. Ifølge forskriften for offentlige poliklinikker er fornyede behandlinger/nødvendige kontrollundersøkelser inkludert i beregningsgrunnlaget for takstene. I forslag til statsbudsjett for 2003 er det foreslått at smertebehandling også skal kvalifisere for poliklinisk takst, ved at taksten for ambulant onkologisk behandling i hjemmet eller i annen institusjon utvides til også å omfatte smertebehandling.

Fra ulike hold er det reist kritikk mot dagens finansiering av ambulant behandling.

I et brev til utvalget, datert juli 2002, har Helse Midt-Norge tatt opp denne problemstillingen:

> «Ambulante tjenester er spesielt viktige i forhold til oppfølging av pasienter etter utskriving, ved konsultativt arbeid i forhold til kommunene og ved direkte pasientrettede tiltak utenfor institusjon. Vi ser at omfanget av den ambulante virksomheten øker, med økende behov for at spesialisthelsetjenesten tilbyr konsulenttjenester og opplæring i kommuner og i forhold til enkeltpasienter utenfor institusjoner. Så langt har det for denne virksomheten ikke vært utviklet et egnet finansieringssystem, og dette representerer i dag en betydelig økonomisk barriere for utvikling av brukervennlige tjenestetilbud og hensiktsmessige samarbeidsrutiner med førstelinjetjenesten.» (Sitat fra brev til utvalget fra Helse Midt-Norge, juli 2002.)

Takster for bruk av telemedisin

Telemedisin er et nytt kommunikasjonsverktøy og arbeidsredskap som har medført mer effektiv samhandling, både mellom sykehus og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Telemedisin er tatt i bruk i deler av landet, spesielt i Nord-Norge gjennom Nordnorsk Helsenett.

Det polikliniske takstsystemet for offentlige poliklinikker inneholder takster som kan utløses ved bruk av telemedisin. I 1997 ble det innført to takster for telemedisin – en konsultasjonstakst og en for oversendelse av røntgenbilder (røntgentaksten ble senere avviklet). Fra 1. juli 2002 ble det innført fire nye takster for ulik bruk av telemedisin innen hud og øre-nese-hals, slik at det fra den dato har eksistert fem telemedisintakster. Disse takstene benyttes av poliklinikkene ved råd og veiledning mot primærlege på grunnlag av stillbilde eller ved videokonferanse. Takstene forutsetter som hovedregel at pasienten befinner seg hos primærlegen, og kan ikke benyttes sammen med andre poliklinikktakster.

I møte med utvalget er det framholdt fra Nasjonalt senter for telemedisin at:

- Endringene innenfor helsetjenestens organisering og samarbeid skjer raskt. Endringer i finansieringsordninger skjer derimot langsomt, og er med på å forsinke nødvendige omstillingsprosesser i retning av mer effektive samarbeidsformer.
- Etablerte takster gjelder kun for offentlige poliklinikker. Privatpraktiserende spesialister kan følgelig ikke bruke disse takstene slik at offentlige og private leverandører av helsetjenester ikke likestilles. Utgifter oppstår på begge nivåene i helsetjenesten, men spesialisthelsetjenesten er det eneste nivået som får utløst inntekter.
- Investeringer i infrastruktur vanskeliggjøres på grunn av manglende finansiering. Ideelt sett bør utstyrsinvesteringer betraktes som en fellesutgift for primær- og spesialisthelsetjenesten, og dekkes av samme økonomiske ramme.

Dagens takster er fagspesifikke og ikke generelle, og er ikke basert på reelt medgått tid.

Medisinsk kreftbehandling og dialyse

I 2002 (jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002)) ble det innført ISF-refusjon til regionale helseforetak for medisinsk kreftbehandling og dialyse som skjer desentralisert, i regi av spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at det kan gis DRG-refusjon for cellegiftbehandling ved sykestuer, der hvor dette er en desentralisert sykehusbehandling. Helsedepartementet skal godkjenne etablering av slik behandling. Helsedepartementet anslo 22 mill. i økte kostnader over ISF i 2002, men det ble samtidig antatt at en på sikt vil få innsparinger i utgifter til syketransport dersom det etableres slike tilbud på flere steder, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002). Gjennomføring av dialyse for pasienter med nyresvikt utføres i dag hovedsakelig som dagbehandling på sykehus, og utløser ISF-refusjon. Samme behandling utenfor sykehus eller utenfor sykehusenes poliklinikker ga inntil 1. juli 2001 ingen refusjon, men fra 1. juli 2001 ble det vedtatt en egen poliklinisk takst som gis ved hjemmedialyse.

9.6.3 Eksempler på desentralisert spesialisthelsetjeneste

Det finnes gode eksempler på desentralisering av spesialisthelsetjeneste i Norge. I mange tilfeller innebærer disse tiltakene også en bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Eksemplene som er omtalt her viser en rasjonell ressursbruk som innebærer store gevinster for den enkelte pasient.

Ørlandet medisinske senter

St. Olavs hospital har desentralisert sin poliklinske behandling overfor pasienter bosatt i Sør-Trøndelag. Spesialister fra sykehuset flytter sitt arbeidssted enkelte dager i uken til Ørlandet medisinske senter, men tilhører organisatorisk og ansvarsmessig fortsatt inn under St. Olavs hospital. Den desentraliserte spesialistpoliklinikken gir et tilbud i pasientens nærhet på linje med det nivået pasienten kunne forvente ved å reise til sykehuset. I tillegg skjer en dialog og kompetanseoverføring mot primærhelsetjenesten ved senteret.

Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) foretar en evaluering av Ørlandet medisinske senter som vil foreligge ved utgangen av 2002. Evalueringen omfatter en vurdering av pasienttilfredshet, kvalitet, behandlingskapasitet, samt bedrifts- og samfunnsøkonomisk nytte-kostnadsanalyse.

Spesialistpoliklinikken ved Ørlandet medisinske senter behandler pasienter som ellers måtte ha reist til regionsykehuset i Trondheim. I tillegg behandles pasienter, som på grunn av reiseavstanden trolig ikke ville ha oppsøkt regionsykehuset. Spesielt for hudplager er behandlingsgraden for pasienter fra Ørlandet kommune ekstraordinær høy. Slik ekstraordinær behandling har en alternativkostnad for samfunnet, ved at en alternativt kunne behandle tyngre belastede pasienter ved

regionsykehuset. I rapporten blir behandlingsgraden for pasienter fra Trondheim brukt som et mål på ordinær behandlingsgrad for pasienter fra Ørlandet. Selv om poliklinikken ved Ørlandet pådrar seg en alternativkostnad, er likevel antallet ordinære pasienter ved klinikken så stort at gevinsten i form av sparte reise- og tidskostnader langt overstiger de totale kostnadene ved klinikken. Rapporten konkluderer med at den desentraliserte poliklinikken på Ørlandet er samfunnsøkonomisk lønnsom. Denne gevinsten tilfaller i hovedsak pasientene i form av reduserte reise- og tidskostnader. Det offentlige sparer sin andel av reisekostnadene, en gevinst som ser ut til å være i samme størrelsesorden som kostnadene ved å drive klinikken.

Medisinsk kreftbehandling

I samarbeid med kreftavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) gis det cellegiftbehandling ved det kommunale Alta helsesenter. UNN er faglig ansvarlig, og legger opp behandlingsplan for den enkelte pasient. Behandlingen skjer imidlertid lokalt. I 2001 ble det gitt 150 cellegiftbehandlinger ved helsesenteret i Alta. Alta helsesenter er en sykestue, og er ikke definert som poliklinikk. Derfor kan heller ikke polikliniske takster benyttes. Dette er en type behandling som ikke kan gis ved ordinære legekontor, og Rikstrygdeverkets blåreseptordning kan derfor heller ikke benyttes. Alta kommune har av den grunn vært nødt til å belaste dette som en kommunal driftskostnad, til tross for at det behandlingsmessige tilbudet er å betrakte som en spesialisthelsetjeneste.

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

Dialysebehandling

I Norge er det totalt om lag 500 pasienter som behandles med hemodialyse (krever bistand fra helsepersonell). Når hemodialyse gjennomføres ved sykehus genererer dette tre reiser til sykehus per pasient per uke. Dette er dessuten en pasientgruppe som ofte er gamle og syke, og behandlingen gis i påvente av nyretransplantasjon eller som livsoppholdende medisin. Det er derfor en behandling som på mange måter understreker utfordringene knyttet til sentralisering av tjenester og ivaretakelsen av den enkelte pasients verd i møtet med helsetjenesten. Det er derimot få personer som mottar en slik behandling ved en satellitt, og som på en slik måte unngår stor reiseaktivitet. Våren 2002 foreslo Helsedepartementet å innlemme Alta helsesenter og Ørlandet dialysestasjon i forsøksordningen knyttet til dialysebehandling som til da kun omfattet Otta legesenter, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002). Forslaget innebar at i alt tre desentraliserte dialyseenheter mottar finansiering over ISF fra og med 1. juli 2002. Virksomheten i Otta, Ørlandet og Alta har totalt sett om lag 1800 dialyser i året. Hver pasient generer om lag 156 dialyseopphold hvert år.

9.6.4 Sykestuer, fødestuer og distriktsmedisinske sentre

Sosial- og helsedirektoratet la i oktober 2002 fram rapporten Distriktsmedisinske Senter – Utvikling av sykestuer til framtidas «desentraliserte» spesialisthelsetjeneste. Rapporten er et innspill til utvalget for å vurdere mulige modeller for finansiering av sykestuer i framtida.

Sykestuer og fødestuer

Sykestuer og fødestuer er lokale enheter som ligger i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sykestuene består vanligvis av små sengeposter samlokalisert med sykehjem og/eller helsesenter, men eierskap og organisering er svært ulik. I dag finnes det 18 sykestuer, med til sammen om lag 100 sengeplasser. Av disse er nesten halvparten av sengeplassene i Finnmark fylke, og Finnmark har mottatt særskilte, statlige tilskudd til driften. Sykestuene brukes hovedsakelig til oppfølging av akutte sykdommer, behandling av pasienter med kroniske sykdommer med akutt forverring, oppfølgende behandling mellom to sykehusopphold og pleie- og omsorg i livets siste fase. Ansvar for drift og investeringer har inntil 1. januar 2002 ligget hos fylkeskommunene og kommunene. Fra 2002 omfatter statlig eierskap de fylkeskommunalt eide sykestuene og spesialsykehjemmene.

I Aaraas (1998) gis en beskrivelse av sykestuenes funksjon og pasienter:

- observasjon av akutte sykdommer (for eventuell videresendelse til sykehus)
- kronisk syke pasienter med forverring av sykdomstilstand

- oppfølging og behandling etter sykehusopphold
- terminal omsorg av døende pasienter

Av dagens sykestuer er det kun pasientbehandling ved Hallingdal sjukestugu som utløser generell ISF. Denne sykestuen drives som en avdeling ved Ringerike sykehus HF og gir et spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i øvre Hallingdal innen både somatisk og psykiatrisk behandling. Sykestuen har også fødestue, og tilbyr poliklinisk behandling i samarbeid med spesialister fra Ringerike sykehus. I tillegg samarbeider sykestuen med kommuner i regionen om lokal legevaktbase.

Fødsler utført ved sykestuer/fødestuer inngår i ISF og utløser ISF-refusjon, som utbetales via regionale helseforetak. Våren 2002 foreslo regjeringen Bondevik II at dialyse og medisinsk kreftbehandling (cellegiftbehandling) utført ved sykestuer inkluderes i ISF, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002). Spørsmål om organisering og finansiering av driften av sykestuene er ikke endelig avklart. I statsbudsjettet for 2001 ble det vist til at departementet vurderer å innlemme spesialisthelsetjenestedelen av sykestuene i ISF-ordningen fra 2002, noe som ikke er blitt gjennomført.

Våren 2002 gjennomførte Sintef Unimed på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet en studie av pasientbehandling utført ved ulike sykestuer. I denne studien ble sykestuenes behandlingsvirksomhet gjennomgått, og mulighetene for en kategorisering av virksomheten i tråd med DRG-systemet ble vurdert. Studiens hovedkonklusjon er imidlertid at en fullstendig ISF av sykestuenes virksomhet er problematisk. Det ble pekt på at sykestuene tar imot mange eldre pasienter med sammensatte lidelser og med uklart sykdomsbilde, og at den virksomheten som beskrives, i varierende grad sammenfaller med behandling i sykehus. I tillegg ble det pekt på at grunnlaget for dagens kostnadsvekter i ISF i liten grad er tilpasset de reelle kostnadene ved sykestueoppholdene. Sannsynligheten for overfinansiering er dermed til stede. Dersom sykestuene skal innlemmes i ISF, anbefales på kort sikt at kun enkelte spesialiserte behandlingsformer inngår, mens sykestuenes øvrige virksomhet finansieres på annen måte.

Sosial- og helsedirektoratet viser blant annet til Sintef Unimed-gjennomgangen, men framholder at det er et overordnet mål å sikre at en desentralisert spesialisthelsetjeneste finansieres på lik linje med den øvrige spesialisthelsetjeneste. Dette må etter direktoratets oppfatning innebære at ISF utvides til også å omfatte desentraliserte spesialisthelsetjenester. Da svært mange av eksisterende sykestueplasser finnes i Nord-Norge, betyr det at Helse-Nord RHF må ta stilling til hvilke sykestuefunksjoner de godkjenner/får godkjent som spesialisthelsetjeneste og ønsker å opprettholde. Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten kan drives som en del av et helseforetak (som Hallingdal sjukestugu), eller drives av en kommune etter avtale med helseforetaket (som Alta helsesenter).

Distriktsmedisinske sentre

Etter flere år med reduksjon i antall sykestueplasser, arbeides det nå i mange distrikter med ulike modeller for samlokalisering av spesialist- og primærhelsetjenester. Sosial- og helsedirektoratet omtaler framtidas sykestuer som Distriktsmedisinske sentre. Distriktsmedisinske sentre er en modell for samlokalisering av og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Ved beskrivelse av modellen er begrepene halvannenlinjetjeneste og sykestuefunksjoner erstattet med betegnelsen samlokaliserte spesialist- og primærhelsetjenester. Samlokaliseringen skal legge grunnlag for nærhet mellom spesialist og pasient, men samtidig sikre at primærhelsetjenesten er sentral i formidling av denne kontakten. Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten skal også bidra til kompetanseoverføring, både gjennom fysisk tilstedeværelse og gjennom bruk av telemedisin.

9.6.5 Utvalgets vurderinger

Løsninger tilpasset den statlige styringsmodellen for regionale helseforetak tilsier at organisatoriske løsninger må finnes innenfor dagens todeling i primær- og spesialisthelsetjeneste. Dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingsløsninger, for eksempel ved at pasienter skyves fram og tilbake mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Omtalen tidligere i dette kapitlet viser imidlertid at det er mange eksempler på desentralisering av tjenester og god samhandling i dagens helsevesen.

Utvalget mener følgende premisser bør gjelde på området:

- Finansieringssystemet må ikke gi opphav til unødig ressursbruk. Dersom en pasient kan behandles utenfor en sykehusavdeling til lavere kostnad for samfunnet, bør finansieringssystemet stimulere til behandling på laveste nivå.
- Finansieringssystemet bør ikke straffe forsøk på å desentralisere spesialisthelsetjenester. Alle tjenester som med god kvalitet og god

kostnadseffektivitet kan desentraliseres, bør flyttes nær pasienten. Samme tjeneste må i utgangspunktet gis samme finansiering, uavhengig av hvor i helsevesenet tjenesten utøves.
- Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell må sees i sammenheng med beslutninger om desentralisering. Transportløsningene som velges vil være viktige for å fremme samhandling og desentralisering.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten må stimulere til at tjenesten ytes nær pasienten og til at samfunnet utnytter sine ressurser på best mulig måte for pasienten.

Utvalget anbefaler dessuten at det raskt settes i verk forsøk med sikte på å oppnå bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten: Utvalget foreslår på det grunnlag at det etableres ulike forsøksordninger med sikte på å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger.

Det har vært et økende problem at pasienter blir liggende i sykehus etter at de er utskrivningsklare. Etter utvalgets syn bør regionale helseforetak i høyere grad enn i dag kunne kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i somatiske og psykiatriske sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Det samme gjelder for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i private sykehus som det regionale helseforetaket har inngått avtale med. Forslaget forutsetter endringer i forskrift 16. desember 21998 nr. 1447 om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter. Blant annet gjelder ordningen ikke psykiatriske sykehus og betaling kan ikke kreves før etter 14 dager.

Betaling må kunne utløses på et tidlig tidspunkt, for eksempel fra femte dag etter at pasienten er gjort utskrivningsklar forutsatt at kommunen skriftlig er informert om dette. Prisen må være så høy at kommunene ikke har økonomisk interesse av at pasienter blir liggende på sykehus. Prisen fastsettes av Helsedepartementet. Forslaget gjelder både for somatiske og psykiatriske sykehus. Dette vil bidra til å frigjøre kapasitet i sykehusene til andre pasienter.

Det er kommunenes og helseforetakenes ansvar å kartlegge muligheter for samarbeid til beste for pasientene. Det er også opp til de ansvarlige partene å gjennomføre slike tiltak. Det kan innebære at partene går inn for samfinansiering av personell, utstyr og lokaler som behøves. Innenfor dagens system er det for eksempel ingen formelle hindre for at helseforetak og kommuner sammen kan finansiere IT-utstyr slik at fastleger kan kommunisere elektronisk med spesialisthelsetjenesten.

Selv om ansvaret her er lagt til helseforetakene og kommunene, ser utvalget at det kan være fornuftig med noe statlig finansiering av tidsavgrensede prosjekter som kan legge til rette for bedre samarbeid og klargjøring av ansvar mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Slike prosjekter bør bidra med mer systematisk ansvars- og oppgavedeling og bedre dialog mellom nivåene for gråsonepasienter som i dag behandles enten i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Slike prosjekter kan for eksempel bestå i at kommuner tilføres ressurser til å kjøpe enklere polikliniske tjenester for sine innbyggere.

9.7 Samlet vurdering

Utvalget har i dette kapitlet diskutert finansieringen av somatisk pasientbehandling ved foretakene. Utvalget mener at erfaringene med ISF som finansieringssystem overfor inneliggende pasienter og dagkirurgi i hovedsak er gode, og anbefaler at DRG-systemet med tilhørende kostnadsvekter fortsatt benyttes som pasientklassifiserings- og prissystem for somatisk pasientbehandling. Utvalget mener videre at en bør legge følgende retningslinjer til grunn for videreutvikling av systemet:
- Alle som yter spesialisthelsetjeneste med offentlig finansiering benytter DRG-systemet eller det eller de kode- og klassifiseringssystem som staten til enhver tid har bestemt skal gjelde for sektoren.
- Det skal fortsatt være et statlig ansvar å videreutvikle pasientklassifiseringssystemer (som DRG-systemet) i tråd med den medisinske og kostnadsmessige utviklingen, bl.a. gjennom oppdatering av kostnadsvektene i systemet.
- Regionale helseforetak må fortsatt stå fritt i sin bruk av prisene i DRG-systemet og må kunne variere prisene i forhold til ulike pasientgrupper og institusjoner avhengig av lokale etterspørselsforhold og ønskede prioriteringer.

Dette innebærer at DRG-systemet blir et nasjonalt klassifiserings- og referanseprissystem som gir staten, regionale helseforetak og andre mulighet til å følge aktivitet, prioriteringer og kostnadsutvikling innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Regionale helseforetak vil i tillegg ha mulighet for å benytte systemet til prisfastsettelse, kostnadssammenlikninger og målestokk- og anbudskonkurranser. I tråd med de retningslinjer utvalget trakk opp

i kapittel 8, må imidlertid regionale helseforetak stå fritt i å bruke prisene som følger av kostnadsvektene i systemet.

Opplæring av pasienter og pårørende er en aktivitet som spesialisthelsetjenesten er lovpålagt i og med den nye spesialisthelsetjenesteloven fra 2001.

Å innarbeide opplæring som en integrert del av somatisk og psykiatrisk utredning og behandling, er trolig den mest fruktbare innfallsvinkel til opplæring og mestring. Fordi slike aktiviteter medfører utgifter uten tilhørende inntekter, er imidlertid helsepersonellets holdninger av stor betydning. Utvalget viser til at staten gjennom å lovfeste spesialisthelsetjenestens plikt til å gi nødvendig opplæring av pasienter og pårørende, har lagt et særskilt ansvar for disse funksjonene til helsetjenesten. I tillegg til behov for holdningsendring, må det kunne forventes at finansieringssystemet som et minimum legger til rette for at funksjoner som iverksettes for å ivareta opplæring, har samme økonomiske insentiver som andre tiltak i et behandlingsforløp. Dersom regionale helseforetak velger å legge til grunn en felles stykkprisfinansiering for somatikk og psykiatri, bør det tilsvarende utarbeides finansiering som retter seg mot opplæringsprogrammer og andre opplæringstiltak. Dersom regionale helseforetak i stedet velger andre økonomiske insentiver for pasientbehandling, mener utvalget det er en fordel at finansieringen av opplæringen følger samme insentivstruktur.

Utvalget har videre merket seg at det er skjedd en videreutvikling av DRG-systemet slik at det nå finnes muligheter for å implementere løsninger knyttet til poliklinikk og rehabilitering. Utvalget foreslår derfor at det utvikles et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for all somatisk spesialisthelsetjeneste i sykehus, poliklinikker og hos private spesialister. Inntil dette systemet er klart, bør betalingsstrømmene for poliklinikkene rettes mot regionale helseforetak slik at disse gis mulighet til å godtgjøre det enkelte helseforetak på andre måter enn det som i dag følger av de sentrale takstene i poliklinikksystemet.

Når det gjelder rehabilitering, foreslår utvalget at det utvikles en diagnosebasert, aktivitetsavhengig finansering for rehabilitering. I tillegg mener utvalget det bør settes i gang arbeid med å utvikle og kostnadsberegne behandlingsprogrammer for habiliteringstjenestene.

Dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingsløsninger, for eksempel ved at pasienter skyves fram og tilbake mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Etter utvalgets syn må finansiering av spesialisthelsetjenesten stimulere til at tjenesten ytes nær pasienten og til at samfunnet utnytter sine ressurser på best mulig måte for pasienten.

Utvalget anbefaler dessuten at det raskt settes i verk forsøk med sikte på å oppnå bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten: Utvalget foreslår på det grunnlag at det etableres ulike forsøksordninger med sikte på å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger.

Kapittel 10
Finansiering av psykiatrisk pasientbehandling i helseforetakene

10.1 Innledning

Psykiatrisk pasientbehandling står for om lag 20 prosent av ressursbruken i regionale helseforetak. Dagens finansiering av psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenester omfatter både psykiatriske sykehusavdelinger, distriktspsykiatriske sentre, og privatpraktiserende psykiatere og spesialister i klinisk psykologi med driftsavtale.[1] Distriktspsykiatriske sentre omfatter poliklinisk behandling, dagavdeling og i enkelte tilfeller også døgnavdelinger. Innen barne- og ungdomspsykiatri omfatter tjenestetilbudet barnehager eller øremerkede plasser i vanlige barnehager, barnepsykiatriske behandlingshjem, samt familiebehandlingsenheter. Barne- og ungdomspsykiatrien domineres av poliklinisk behandling og dagbehandling, som står for 96 prosent av pasientene, mens bare 4 prosent av pasientene innlegges i institusjon.

I dette kapitlet diskuteres finansieringen av psykiatrisk helsevern.

10.2 Nærmere om finansieringen

Psykisk helsevern finansieres hovedsakelig gjennom basisbevilgningen til regionale helseforetak. Denne bevilgningen utgjør om lag 29 mrd. kroner i statsbudsjettet for 2002, og omfatter blant annet deler av de tidligere frie inntektene til fylkeskommunene. Om lag 80 prosent av driftsutgiftene til psykisk helsevern finansieres fra basisbevilgningen, og 20 prosent med øremerkede tilskudd for å realisere vekst og styrking i tråd med opptrappingsplanen. De øremerkede tilskuddene skal komme i tillegg til egenfinansieringen av psykisk helsevern i regionale helseforetak. Første år i opptrappingsplanen var 1999.

Gjennom behandling av St.prp. nr. 63 (1997–1998) vedtok Stortinget hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen innebar beslutninger om investeringer for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden 1999–2006, og en opptrapping av driftsutgiftene til et nivå som ligger reelt om lag 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Opptrappingsplanen omfatter i 2002 en statlig, øremerket bevilgning på om lag 2,6 mrd. kroner som gjelder både drift og investeringer. Av denne summen går om lag 1,2 mrd. kroner i 2002 til regionale helseforetak, mens det resterende går til kommuner og fylkeskommuner. Tildeling av midler til nye investeringsprosjekter, utover det som er angitt i styringsdokumentet, skjer på bakgrunn av søknad til departementet. Det skal være tatt høyde for dette ved fastsettelsen av basisbevilgningen til regionale helseforetak.

Våren 2002 la regjeringen i St.prp. nr. 59 (2001–2002) fram forslag om tilleggsbevilgninger til regionale helseforetak. Forslaget omfattet økte bevilgninger til investeringer på 300 mill. kroner, noe som ble sett i sammenheng med muligheten for å gjennomføre opptrappingsplanen som forutsatt i 2002.

Helsedepartementet stiller blant annet følgende krav til hvordan regionale helseforetak skal følge opp planen:

> «Det forventes at omstrukturering og effektivisering fortsatt skal skje, og da slik at frigjorte midler benyttes til å gi nye/økte tilbud. Regionene skal sees samlet, dvs. at lokale helseforetak eller fylkesgrenser ikke skal utgjøre begrensninger i denne sammenheng. (…) Kombinasjonen basisbevilgning og øremerkede tilskudd skal benyttes ut i fra følgende forutsetninger:
>
> De øremerkede tilskudd skal i sin helhet benyttes til formålet
>
> Øremerkede tilskudd skal komme i tillegg til og ikke erstatte egenfinansieringen av tjenesten
>
> Økonomiske gevinster ved faglige effektiviseringer skal forbli innenfor sektoren psykisk helsevern. I disse vurderingene må regionen sees som en helhet. I denne sammenheng må det også arbeides med tiltak som bedrer ressursbruken.

1. Det henvises til kapittel 13 Finansiering av private aktører for diskusjon av finansieringsordninger for de private spesialistene.

Tabell 10.1 Refusjonsinntekter etter taksttype (et utvalg poliklinikker i 2001).

	Barne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
P03a/P01a Henvisningstakst	4 %	10 %
P03b/P01b Årsverkstakst	85 %	64 %
P03c/P01c Konsultasjonstakst	11 %	26 %
Sum	100 %	100 %

Kilde: Sintef Unimed.

Administrative støttefunksjoner effektiviseres og samordnes på lik linje med somatisk sektor.»

I St.prp. nr 1 (2002–2003) signaliserer regjeringen Bondevik II at feltet psykisk helse fortsatt gis høy prioritet. Dette gjelder særlig tiltak for barn og unge. Regjeringen følger opp satsingen ved at det i budsjettforslaget for 2003 foreslås bevilget samlet 2,37 mrd. kroner til opptrappingsplanen[2]. Dette representerer en reell økning på 670 mill. kroner, og er den sterkeste økning i løpet av ett år siden opptrappingsplanen ble vedtatt.

Finansieringsordningen rettet mot poliklinisk behandling omfatter også psykisk helsevern. I dag finnes tre typer takster for henholdsvis voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker:

- Henvisningstakst eller førstegangstakst (P01a/P03a). Takst kan benyttes en gang per henvisning (eller ved øyeblikkelig hjelp), men kun en gang per år per pasient. Taksten kan benyttes etter ett år, men krever da ny henvisning eller eventuelt at det på nytt er øyeblikkelig hjelp.
- Årsverkstakst (P01b/p03b). Takst per timeverk en ansatt i godkjent fagstilling har utført godkjent undersøkelse, behandling eller veiledning. Taksten kan kun benyttes dersom den polikliniske aktiviteten er formelt og fast organisert i godkjent poliklinikk.
- Konsultasjonstakst (P01c/P03c). En takst som kan benyttes for utredning eller behandling etter den første konsultasjonen.

Henvisningstakst og konsultasjonstakst kan benyttes når konsultasjonen skjer i og utenfor poliklinikkenes lokaler. Ved gruppebehandling kan det kreves en konsultasjonstakst, uavhengig av antall deltagere. Et vilkår for å få utbetalt polikliniske refusjoner er at poliklinikken er faglig godkjent av fylkeslegen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4–1. I utgangspunktet er det kun godkjente poliklinikker som kan sende refusjonskrav. Forskriftene tillater imidlertid at voksenpsykiatriske sykehusavdelinger benytter førstegangstakst ved poliklinisk virksomhet i avdelingene, men kun denne taksten.

Det bør poengteres at takstene skiller seg med hensyn til om de er aktivitetsbaserte eller ikke. Mens henvisnings- og konsultasjonstaksten direkte kobler poliklinisk refusjon med utførte aktiviteter, innebærer årsverkstaksten ikke en slik direkte kobling.

Tabell 10.1 viser hvor stor andel de tre taksttypene utgjør av de polikliniske refusjonene for et utvalg av poliklinikker i 2001. Fra tabellen følger det at det er årsverkstaksten som har klart størst betydning som inntektskilde.

Årsverkstaksten utgjør en høyere andel for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker enn for de voksenpsykiatriske og reflekterer en lavere andel direkte pasientarbeid. Det er grunn til å legge merke til at henvisningstakst og konsultasjonstakst for begge dekker en liten andel av utgiftene. For barne- og ungdomspsykiatri utgjør de aktivitetsbaserte takstene 15 prosent av refusjonsinntektene. Tilsvarende for voksenpsykiatri utgjør de aktivitetsbaserte takstene 36 prosent av refusjonsinntektene.

I rundskriv IK-15/2001 vedrørende poliklinisk behandling erkjennes det at avgrensningen av hva som skal regnes som refusjonsberettiget aktivitet er problematisk. Aktivitet som faller innenfor definisjonen av poliklinisk behandling foregår også andre steder enn i poliklinikkene. Begrunnelsen for å legge restriksjoner på hvem som kan sende inn refusjonskrav er hovedsaklig begrunnet i kostnadskontroll.

I St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet ble det slått fast at finansieringsordningen for offentlige poliklinikker bør følges for å se hvilke utslag takstene gir i forhold til aktivitet og prioritering av pasientgrupper. Det er et mål at takstsystemet skal gjenspeile helsepolitiske signaler i for-

2. Beløpet inkluderer også økte overføringer til kommunale tjenester.

hold til arbeidsform ved poliklinikkene og i forhold til målet om økt tilgjengelighet til tjenestene. I tråd med signaler i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997–1998)), tok Sosial- og helsedepartementet i juni 2001 initiativ til en gjennomgang av refusjonssystemet for offentlig poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern. Hensikten var å «foreta en gjennomgang av dagens refusjonsordning og utrede eventuelle endringer av takstsystemet». Resultatene fra denne gjennomgangen foreligger ved årsskiftet 2002–2003.

10.3 Problemer og utfordringer

De største utfordringene innen psykisk helsevern har i mange år vært knyttet til:
- Foreldet struktur med opphopning av langtidspasienter i psykiatriske institusjoner
- Lange ventetider på behandling
- Kapasitetsmangel, spesielt innen poliklinisk behandling
- For store forskjeller: svært ulik tilgjengelighet for pasienter etter bosted
- Mangel på personell
- Lav produktivitet

St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet beskriver de forskjellige problemene og utfordringene knyttet til psykisk helsevern. Finansieringsordningene ble i denne meldingen imidlertid ikke ansett for å være noen kilde til problemene, og i den senere vedtatte opptrappingsplanen har fokus heller ikke vært rettet mot en omlegging av finansieringsordningene. I stedet har det vært en relativt bred enighet om å skjerme bevilgningene til psykisk helsevern gjennom større satsing på øremerking, og som omtalt i et tidligere avsnitt er også denne tankegangen videreført inn i 2002, jf. omtalen i St.prp. nr. 59 (2001–2002).

10.3.1 Regionale helseforetaks finansiering av psykisk helsevern

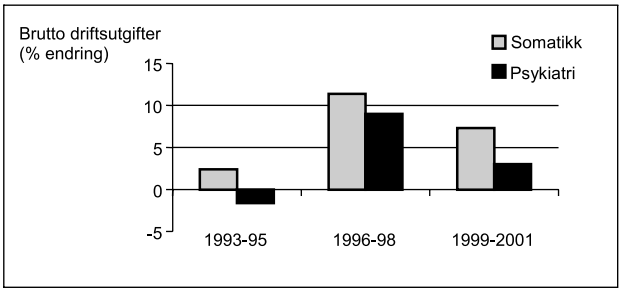
Det at staten skjermer bevilgningene til psykisk helsevern betyr ikke at regionale helseforetak er bundet til én spesifikk måte å finansiere helseforetakene som behandler psykisk syke mennesker. Dette har gitt seg utslag i at det allerede i 2002 er oppstått regionale variasjoner i hvordan psykisk helsevern er finansiert. Eksempelvis har Helse Vest RHF valgt å stykkprisfinansiere psykiatriske helsetjener med unntak av polikliniske konsultasjoner med utgangspunkt i oppholdsdøgn. Avtalene i Helse Vest inneholder volumbegrensninger. Erfaringene med stykkprisfinansiering av psykiatri var imidlertid så dårlige at Helse Vest valgte å endre finansieringsordningen fra stykkpris til ramme. Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør RHF har på sin side valgt å rammefinansiere mesteparten av psykisk helsevern. For de institusjoner som både yter somatiske og psykiatriske helsetjenester (integrerte helseforetak) stiller disse regionale helseforetakene krav om at en bestemt andel av budsjettet skal gå til psykisk helsevern. Dette skiller seg fra modellen som Helse Øst RHF har valgt. I Helse Øst mottar helseforetakene en rammebevilgning, men det stilles ikke krav til budsjettandeler for de integrerte helseforetakene. I stedet stilles det eksplisitte krav til aktivitet. Til slutt kan det nevnes at Helse Sør planlegger å sette opp konkrete produksjonskrav for psykiatrien for 2003. Helse Sør RHF vil også, fra 2003, etablere en egen «forretningsenhet» for psykiatri på tvers av alle helseforetakene slik at det blir lettere å drive økonomisk oppfølging og stille resultatkrav.

Fra dette følger det at stort sett alt psykisk helsevern innen spesialisthelsetjenesten rammefinansieres. Dette bildet forsterkes ytterligere av at psykiatriske poliklinikker mottar en stor del av sine inntekter fra årsverkstaksten samt at de polikliniske refusjonene bare forventes å dekke om lag 50 prosent av driftskostnadene[3].

I kapittel 6 er det argumentert for at rammefinansieringssystemer gir lavere insitamenter til økt aktivitet enn det et stykkprisbasert finansieringssystem gjør. For å illustrere dette poenget kan det være verdt å sammenligne ressursveksten til somatiske sykehus og til psykisk helsevern på 1990-tallet. En slik sammenlikning viser at selv om det har vært en sterk vekst i ressursbruken innen psykisk helsevern i denne perioden, har veksten i fylkeskommunens brutto utgifter til somatiske sykehus vært ennå sterkere. I tillegg har denne veksten vært sterkest på slutten av perioden. Det er grunn til å tro at den aktivitetsbaserte finansieringen av somatiske pasienter er en viktig grunn til at forskjellen i ressursinnsats mellom de to sektorene har økt på slutten av 1990-tallet og på begynnelsen av 2000-tallet.

Det er et spørsmål om stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester i praksis kan gå på bekostning av det psykiske helsevernet. Analyser som er foretatt så langt gir ikke klare indikasjoner

3. Tall fra Sintef Unimed indikerer at polikliniske refusjoner dekker langt mindre. I 2000 dekket polikliniske refusjoner 38 prosent (barne- og ungdomspsykiatri) og 32 prosent (voksenpsykiatri) av polikliniske driftsutgifter. Kilde: Sintef Unimed (2002).



Figur 10.1 Endring i brutto driftsutgifter i somatikk og psykisk helsevern 1993–2001.

Kilde: Tabell. 1.1 SAMDATA-rapport 3/02. SINTEF Unimed.

på at så er tilfelle. Det er imidlertid et spørsmål om erfaringene fra fylkeskommunene uten videre kan brukes for å forutsi hva som vil bli resultatet i helseforetakene. For det første viser regnskapstall fra fylkeskommunene at driftsresultatene er vesentlig svekket etter innføringen av ISF, det vil si at tilpasningen til økt aktivitet innenfor somatikken indirekte har skjedd ved å skyve på utgifter til senere år. Dette er ikke en varig løsning. Videre har fylkeskommunene hatt mulighet til å foreta tilpasninger overfor flere sektorer, der de viktigste er samferdselssektoren og undervisningssektoren.

Dersom regionale helseforetak velger å stykkprisfinansiere somatiske helsetjenester, samtidig som psykiatriske helsetjenester rammefinansieres, stilles det store krav til målstyring, oppfølgning og kontroll for å sikre at helseforetak ikke vrir ressursbruken fra psykiatri til somatikk. Dette gjelder uavhengig om staten velger å øremerke ressurser til psykisk helsevern eller ikke. Alternativt kan regionale helseforetak i større grad velge å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester for derigjennom å gi helseforetakene insitament til å opprettholde ressursbruken innen psykiatri. En slik virkemiddelbruk vil høyst sannsynlig også bidra til å sikre at den viktige helsepolitiske målsetningen om økt aktivitet innen psykiatri blir nådd. I tillegg kan regionale helseforetak gjennom prissystemet vri ressursbruken internt innen psykiatrien slik at behandlingstilbudet for eksempel desentraliseres.

Større innslag av aktivitetsavhengig finansiering innen psykisk helsevern er imidlertid problematisk av flere grunner. Først og fremst eksisterer langt flere metodiske problemer knyttet til registrering og klassifisering av pasientbehandlingen enn innenfor somatisk pasientbehandling. Dette bunner i blant annet følgende forhold:

- Pasientenes individuelle variasjoner er store, og behovet for behandlingsinnsats er ulikt. Slike behovsvariasjoner bunner ikke alltid i diagnose. Det er derfor store variasjoner i ressursinnsats, selv innenfor samme diagnosegrupper.
- Det er i liten grad utviklet standarder for medisinske behandlingsprosedyrer. Varighet og innretting av behandling, samt bruk av medikamenter og utstyr er gjenstand for store variasjoner.
- I likhet med kronisk syke innenfor somatikken er det i mange tilfeller vanskelig innenfor psykisk helsevern å erklære en pasient for ferdigbehandlet. Mange pasienter har behov for behandling over flere år.
- Behov for tverrfaglig behandling og samarbeid med andre deler av det offentlige, som skole, barnevern, arbeidskontor mm. er i større grad til stede enn innenfor somatikken. Dette medvirker i neste omgang til kostnadsvariasjoner på tvers av geografiske skillelinjer.
- Behovet for døgnplasser kan heller ikke vurderes isolert, men vil i stor grad være avhengig av organisering og omfang av andre tjenester, på fylkeskommunalt og kommunalt nivå.
- I likhet med somatisk pasientbehandling, er skillet mellom dagbehandling og poliklinisk behandling problematisk også innenfor psykisk helsevern. Mange poliklinikker er en del av et distriktspsykiatrisk senter, eller et sykehus hvor det også er etablert dagavdelinger eller dagposter. I mange tilfeller er det en glidende overgang mellom strukturerte dagtilbud og poliklinisk behandling, og i flere tilfeller er dagavdelinger godkjent som poliklinisk virksomhet.

Drøftingen viser at det er store utfordringer knyttet til å utarbeide et finansieringssystem for psykiatrien som i stor grad er basert på stykkpris. Utfordringene vil imidlertid ha ulikt omfang for dag-poliklinisk behandling og for sengeavdelinger, og dette drøftes i det følgende.

10.3.2 Aktivitetsbasert finansiering av poliklinikkfunksjon og dagbehandling

Mange poliklinikker er en del av et distriktspsykiatrisk senter eller et sykehus hvor det også er etablert dagavdelinger eller dagposter. I mange tilfeller er det en glidende overgang mellom strukturerte dagtilbud og poliklinisk behandling, og i flere tilfeller er dagavdelinger godkjent som poliklinisk virksomhet.

I henhold til rundskriv IK-15/2001 er egnede lokaler og tilfredsstillende bemanning avgjørende for å få godkjenning som poliklinikk. Lokaler for dagavdelinger beskrives i rundskrivet som for-

skjellige fra poliklinikker fordi de har ulik funksjon. Dagavdelinger har vanligvis lokaler for ulike aktiviseringstilbud mens poliklinikkene først og fremst har behandlerkontorer. Mange dagavdelinger har imidlertid endret karakter de siste ti årene ved at behandlingstilbudet har dreid fra mer tradisjonell dagsentervirksomhet til strukturerte behandlingsopplegg med bl.a. krav om oppmøte til faste ukentlige tider. Utviklingen tilsier derfor at behandlingstilbudet i mange dagavdelinger i flere henseende har nærmet seg poliklinikkenes tilbud, slik at det er en glidende overgang. Samtidig er det en begrepsmessig forskjell i den forstand at mange strukturerte dagbehandlingstilbud består av polikliniske konsultasjoner i en oppstartfase etterfulgt av et lengre konsentrert dagbehandlingstilbud, for så å bli etterfulgt av poliklinisk oppfølging av mer langvarig karakter, men da med vesentlig lengre tidsintervall.

Det er med andre ord en framvekst av dagbehandlingstilbud integrert med polikliniske tjenester, samtidig som enkelte dagavdelinger organiserer dagbehandlingen som del av virksomheten til en godkjent poliklinikk. Tanken om behandlingskjeder som ligger til grunn for utviklingen av denne typen tilbud, er i tråd med målene i opptrappingsplanen. Det virker derfor naturlig å anbefale regionale helseforetak å utvikle en helhetlig finansiering av all dagbehandling, i stedet for å videreføre dagens skille mellom poliklinisk aktivitet og dagbehandling. I alle tilfelle er dette tjenester som regionale helseforetak har ansvar for å finansiere.

Ved første øyekast kan det virke praktisk vanskelig for regionale helseforetak å utvikle et helhetlig finansieringssystem for all dagbehandling fordi polikliniske institusjoner mottar penger både fra Rikstrygdeverket og fra regionale helseforetak. Ved nærmere ettertanke utgjør imidlertid denne todelingen ikke noe prinsipielt problem siden regionale helseforetak er *residuale* betalere av all dagbehandling. Det vil si at regionale helseforetak kan justere betalingen til poliklinikkene gjennom å justere driftstilskuddet til disse[4]. Eksempelvis kan derfor regionale helseforetak velge å la årsverkstaksten finansiere (deler av) poliklinikkens faste kostnader, samtidig som det innføres aktivitetsbasert betaling for å dekke de variable kostnadene ved dagbehandling.

For å gjøre finansiering av dagbehandling mer aktivitetsorientert kan altså regionale helseforetak justere driftstilskuddet slik at henvisningstakst og konsultasjons-/utredningstakst i praksis økes i verdi. I tillegg ligger det informasjon i de pasientadministrative systemene som gir mulighet for å utvikle et mer finmasket aktivitetsbasert system uten at de administrative kostnadene blir for store. På denne måten kan regionale helseforetak mer aktivt bruke prismekanismen til å vri tilbudet mot ønskede aktiviteter. Eksempelvis kan det innføres priser for:

- Gruppekonsultasjoner. En behandlingsform som man kan forvente vil bli tatt i bruk i økende grad på grunn av gode resultat, samtidig som den gir god utnytting av behandlerressursene.
- En pasient som ser flere ulike behandlere samme dag. Mindre ulempe for pasienten.
- Telekonsultasjoner. I en del tilfeller blir konsultasjoner gjennomført per telefon eller telematikk. Dette kan ha sammenheng med lange reiseavstander, eller at prioriterte pasientgrupper, bl.a. innen rusrelatert psykiatri, pasienter med alvorlig psykoseproblematikk som behandles poliklinisk hjemme – ellers ville være vanskelig å nå.
- Konsultasjoner med andre enn pasienten. Det bør vurderes om konsultasjoner med familie, førstelinjetjeneste (primærlege, kommunal psykiatrisk hjemmetjeneste, skole, barnehage, PPT) eller andre (for eksempel somatisk sykehus), som gjelder en konkret pasient, men der pasienten selv ikke skal delta (eller ikke møter opp) skal utløse en egen pris.
- Konsultasjoner utenfor poliklinikk/dagsenter. Hjemmekonsultasjoner.
- Konsultasjoner til pasienter innlagt i psykiatriske og somatiske sykehus. Det er ønskelig at de polikliniske enhetene i sjukehuset følger opp sine pasienter videre, også når de blir innlagt på sengepost. Det samme gjelder pasienter som er innlagt på eller tilvist fra andrelinjetjeneste-institusjon. Somatikk, rehabilitering, konsultasjons- og liasonarbeid.
- Koordinering av individuelle behandlingsplaner, informasjonsarbeid mot skole, skolehelsetjeneste, bedrifter, og veiledning mv. For å oppmuntre til arbeid med utarbeiding og koordinering av individuelle behandlingsplaner og bedret samordning med kommunehelsetjenesten.
- Prisene kan også vektes opp mot andel diagnoseområde i følge ICD 10 diagnosekart: Psykose, affektiv lidelse, personlighetsforstyrrelse, angstlidelse, rus/psykiatri etc.

Denne vektingen kan avspeile både alvorlighet i sykdom og sentrale helsepolitiske prioriteringer.

4. Alternativt kan man tenke seg å la regionale helseforetak motta poliklinikkrefusjonene direkte. Det henvises også til kapittel 15 for en grundigere diskusjon av dette temaet.

For en nærmere utdyping av en mer aktivitetsbasert finansiering av poliklinikkfunksjon og dagbehandling innen psykisk helsevern henvises det til gjennomgang av refusjonssystemet for offentlig poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern som skal foreligge ved årsskiftet.

10.3.3 Aktivitetsfinansiering av sengeposter

Det er en større utfordring å utvikle et aktivitetsbasert finansieringssystem for sengeposter dersom man ønsker å unngå å direkte koble finansieringen til antall liggedøgn. Dette følger fordi det ikke er utviklet et pasientklassifiseringssystem som beskriver klinisk ressursbruk innen psykisk helsevern. Slike systemer er imidlertid i ferd med å bli utviklet i flere land. Eksempelvis er det i Ontario, Canada utviklet et pasientklassifiseringssystem som beskriver ressursbruk for alle voksenpsykiatriske tjenester innen spesialisthelsetjenesten (akutt, langtidsopphold, geriatrisk-psykiatriske opphold mv.). I Østerrike er det også utviklet aktivitetsbaserte finansieringssystemer for psykiatriske sengeposter.

Fra dette følger det at det på sikt er mulig og utvikle et system for aktivitetsbasert finansiering av psykiatriske sengeposter også i Norge. En slik løsning forutsetter imidlertid en omfattende registrering av pasientbehandling og metoder for å kategorisere prosedyrer og behandlingsmetoder, tilpasset norske forhold.

10.4 Utvalgets vurderinger

I dette kapitlet har utvalget drøftet finansiering av psykisk helsevern. Gjennomgangen har vist at stort sett alt psykisk helsevern i dag rammefinansieres. Utvalget vil peke på at i en situasjon med samtidig omfattende stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester, stiller store krav til målstyring, oppfølgning og kontroll for å sikre at helseforetak ikke vrir ressursbruken fra psykiatri til somatikk. Dette gjelder uavhengig om staten velger å øremerke ressurser til psykisk helsevern eller ikke. Som et supplement kan regionale helseforetak i større grad velge å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester for derigjennom å gi helseforetakene insitament til å opprettholde ressursbruk innen psykiatri. Utvalget mener at en slik virkemiddelbruk kan bidra til at den viktige helsepolitiske målsetningen om økt aktivitet innen psykiatrien blir nådd. I tillegg vil utvalget peke på at regionale helseforetak gjennom prissystemet kan vri ressursbruken internt innen psykiatrien, slik at man for eksempel oppnår en desentralisering av behandlingstilbudet.

Beskrivelsen av psykisk helsevern har illustrert at det i dag skjer en framvekst av dagbehandlingstilbud integrert med polikliniske tjenester, samtidig som enkelte dagavdelinger organiserer dagbehandlingen som del av virksomheten til godkjente poliklinikker. I denne sammenheng vil utvalget poengtere at det er naturlig å anbefale regionale helseforetak å utvikle en helhetlig finansiering av all dagbehandling, i stedet for å videreføre dagens skille mellom poliklinisk aktivitet og dagbehandling.

Utvalget erkjenner at det er en stor utfordring å utvikle et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykiske helsetjenester både for dagbehandling og for sengeposter. Utvalget vil imidlertid påpeke at slike aktivitetsbaserte finansieringsordninger er i ferd med å utvikles i flere land. Utvalget stiller seg derfor positivt til at det også i Norge arbeides med å utvikle et pasientklassifiseringssystem som kan gi grunnlag for et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykisk helsevern i Norge. Hvor helhetlig dette vil kunne bli er ennå uklart.

Til slutt vil utvalget poengtere at det er sannsynlig at opptrappingsplanen for psykisk helsevern har bidratt til å hindre en overføring av ressurser fra sektoren psykisk helsevern til somatisk sektor. For å sikre at slike vridningseffekter ikke oppstår når opptrappingsplanen for psykiatri avsluttes i 2007 er det, etter utvalgets syn, viktig at man (1) enten stykkprisfinansierer psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten fra senest 2007, eller (2) viderefører en form for øremerking av midler til psykisk helsevern også etter at opptrappingsplanen er avsluttet.

Kapittel 11
Legemidler i og utenfor sykehus

I det følgende gjennomgås finansieringsordninger for legemidler:

11.1 Dagens finansiering

Omsetningen av legemidler var i 2001 om lag 12,7 mrd. kroner (kilde: Legemiddelindustriforeningen, LMI).

Utgiftene blir delt mellom fire parter:
- folketrygden
- sykehusene
- kommunene (legemidler på sykehjem mv.)
- pasienter

Folketrygden dekker legemidler i hovedsak via den ordinære blåreseptordningen. Ordningen skal gi dekning for legemidler knyttet til visse sykdommer der sykdommen har gått inn i en langvarig fase og der langvarig medikamentell behandling er nødvendig. Utgiftene under denne ordningen var i 2001 om lag 6,2 mrd. kroner. En betydelig andel av utgiftene under folketrygdens frikortordning dekker utgifter til legemidler. Det er i Ot. prp. nr. 83 (2001–2002) anslått utgifter på om lag 600 mill. kroner i 2001 til dette. I tillegg gis det bidrag på knapt 200 mill. kroner under folketrygdens bidragsordning. Samlede utgifter for folketrygden var dermed i 2001 om lag 7 mrd. kroner.

Det kan antas at om lag 1 ¼ mrd. kroner går til dekning av legemiddelutgifter under opphold på sykehus. De resterende utgiftene (det vil si om lag 4 ½ mrd. kroner) dekkes av kommunene for sykehjemsbeboere (i størrelsesorden knapt 400 mill. kroner[1]) og den enkelte pasient.

I perioden 1990 til 1999 kan det se ut som om folketrygdens andel av de totale utgiftene til legemidler har økt noe, mens utgiftsandelen på sykehus har sunket fra om lag 15 prosent i 1990 til om lag 11 prosent i 1999. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at utgiftene til legemidler på helseinstitusjoner som prosent av brutto driftsutgifter har gått ned fra 3,5 prosent i 1995 til 2,6 prosent i 2000. Det har vært en svakt stigende andel på psykiatriske institusjoner (til vel 1 prosent i 2000), mens det har vært en reduksjon innenfor somatiske institusjoner, fra vel 4 prosent i 1995 til 3 prosent i 2000.

Pasienten betaler generelt 36 prosent av utgiftene til blåreseptmedisiner opp til et nivå på 360 kroner per resept. Utgiften er dessuten begrenset av et utgiftstak for legemidler og for flere andre helsetjenester som i 2002 er 1350 kroner. Det er i St.prp. nr. 1 (2002–2003) foreslått at utgiftstaket heves til 1850 kroner. Alders- og uførepensjonister er fra 1. oktober fritatt for slik betaling. Dette ble foreslått reversert i St.prp. nr. 1 (2002–2003). Ved behandlingen av budsjettet for 2003 ble det imidlertid vedtatt at minstepensjonister fortsatt skal fritas for egenandeler for medisiner på blå resept. Det gis generelt ikke dekning av utgifter til korttidsbruk av legemidler (som gjerne kan gis på hvit resept), med unntak av at det er mulig å få dekning via den ovennevnte bidragsordningen.

Statens legemiddelverk fastsetter maksimalpriser for legemidler. Disse er basert på et utvalg av priser i visse europeiske land. Det er vokst fram et omfattende innkjøpssamarbeid mellom de fleste sykehusene i landet. Den sentrale aktøren er Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) som forestår anbudskonkurranser på utvalgte legemidler. Ifølge Ot.prp. nr. 83 (2001–2002) oppnår LIS i gjennomsnitt mer enn 30 prosent rabatt ved å konkurranseutsette legemiddelinnkjøpene.

11.2 Utvalgets mandat og bakgrunnen for dette

Det heter i mandatet for utvalget:

> «Utredningen bør blant annet ta opp følgende problemstillinger og utfordringer (…) behov for å finne gode løsninger for «gråsoner» mellom behandling i og utenfor sykehus.»

1. I en rapport fra Rikstrygdeverket fra 2002 Konsekvenser for folketrygden ved å innføre tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem, anslås det at de samlede legemiddelutgiftene på institusjonene per bruker i 2000 var opp mot 8 500 kroner. Med om lag 43 000 institusjonsplasser gir dette vel 350 mill. kroner i utgifter.

Det nevnes som eksempel ansvarsdelingen for legemiddelbehandling mellom folketrygden og regionale helseforetak.

I visse tilfeller vil legemidler kunne ha et naturlig bruksområde både innenfor og utenfor sykehus. Disse kan da betales etter blåreseptordningen av folketrygden utenfor sykehus, eller de kan belastes sykehusene ved behandling på sykehus. I tillegg kan det finnes legemidler som kun brukes på sykehus, men som i noen tilfeller kan erstattes av behandling utenom sykehus med terapeutisk sammenlignbare legemidler. Det gjelder for eksempel legemidlet Remicade som i mange tilfeller kan erstattes av legemiddelet Enbrel. Eksempelet omtales nærmere i avsnitt 11.2.1 nedenfor.

Helsedepartementet argumenterer i Ot.prp. nr. 83 (2001–2002) for at det bør opprettes en refusjonsordning som gjør det mulig for folketrygden, der det er samfunnsøkonomisk rasjonelt, å finansiere også andre sykehusprodukter enn Remicade. Forutsetningen må være at produktet har et relevant alternativ som allerede finansieres på blå resept.

Det er på denne bakgrunn i proposisjonen foreslått en ny lovhjemmel for å kunne gi folketrygdfinansiering av legemidler som brukes på sykehus: Det sies i § 5.14 a blant annet:

> «Trygden kan dekke sykehusets utgifter til et bestemt legemiddel hvis:
>
> a) bruken av legemiddelet innleder eller er et alternativ til medisinsk behandling utenom sykehus med samme eller terapeutisk sammenlignbart legemiddel, og
>
> b) det er fastsatt at trygden dekker utgiftene til legemidlet eller det sammenlignbare legemidlet etter § 5–14 når det anvendes utenom sykehus. Trygdens maksimale dekning for den enkelte behandling fastsettes særskilt (…) Departementet gir forskrifter om dekning av utgifter etter denne paragraf …»

I høringsrunden som gikk forut for lovproposisjonen, uttalte Sosial- og helsedirektoratet at det enkleste nå ville være om Remicade ble finansiert på en tilleggsliste til ISF-ordningen, og at en utsatte en bredere gjennomgang av folketrygdrefusjon av utgifter til visse legemidler til etter at finansieringsutvalgets innstilling forelå. Departementet var enig med direktoratet i at spørsmålet om folketrygdrefusjon av utgifter til visse legemidler som brukes i sykehus burde vurderes på nytt når utvalgets innstilling forelå.

11.2.1 Eksempel: Finansiering av visse revmatismelegemidler

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2001 vedtok Stortinget:

> «Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av i hvor stor grad sykehusenes økonomiske situasjon har innvirkning på hvilke medikamenter som brukes i behandlingen, og eventuelt iverksette tiltak som sikrer pasientene en optimal medikamentell behandling»

I St. prp. nr. 84 (2000–2001) (revidert nasjonalbudsjett 2001) beskrives to nye kostnadskrevende medikamenter i behandling av ledd- og slitasjegikt. Ett års behandling med Enbrel antas å koste om lag 180 000 kroner, mens tilsvarende behandling med Remicade koster i gjennomsnitt 100 000 kroner. Enbrel kunne finansieres av folketrygden, mens Remicade måtte tas på sykehus, og dermed måtte finansieres av sykehusene. Behandlingene med begge typer medikamenter krever jevnlig kontroll hos spesialist på sykehus. Mens utgiftene for begge legemidlene i 2001 samlet for disse legemidlene kunne anslås til vel 200 mill. kroner, anslo Statens legemiddelverk det samlede markedet for disse legemidlene til 5–600 mill. kroner.

Det ble antatt at sykehusene kunne se seg tjent med å forskrive Enbrel til pasienter i et større omfang enn det var medisinske grunner til. Bruk av Enbrel var nemlig kostnadsfritt for sykehusene, mens Remicade bare fikk standard ISF-dekning, nemlig om lag halvparten av kostnadene. Helsedepartementet foreslo på denne bakgrunn at Enbrel ikke lenger skulle kunne tas utenfor sykehus, og dermed ikke lenger kunne finansieres over folketrygden. Midler ble foreslått flyttet fra folketrygden til helseforetakene for å finansiere denne omleggingen. På denne måten skulle valget mellom Enbrel og Remicade kunne gjøres ut fra rent medisinske vurderinger, og ikke ut fra forskjeller i finansieringsgrunnlag.

Stortinget kunne ikke akseptere departementets forslag, jf. Inst. S nr. 325 (2000–2001). Det vedtok å sende saken tilbake til Regjeringen, og bad om en mer helhetlig vurdering i budsjettet for 2002 som også skulle inkludere fordeler og ulemper for den enkelte pasient. I budsjettet for 2002 ble det ikke foreslått endringer i finansieringsopplegg for legemidlene. Det ble blant annet pekt på at utgiftene ved Enbrelbehandling nå var lavere ved at det var innført maksimalpris for legemiddelet, og kostnadene ble antatt å være 150 000 kroner. Departementet ville imidlertid arbeide videre med prepara-

ter som kunne være grensetilfeller mellom sykehuspreparater og blåreseptpreparater.

Ved behandlingen av budsjettet for 2002 vedtok Stortinget følgende:

> «Stortinget ber Regjeringen sørge for at kostnadene ved bruk av legemiddelet Remicade dekkes av blåreseptordningen.»

I St.prp. nr. 63 (2001–2002) (revidert nasjonalbudsjett 2002) ble det fremmet forslag om trygdefinansiering av Remicade fra 1. oktober 2002. Det er i proposisjonen framhevet at 100 prosent refusjon vil fjerne insentivene for å framforhandle rabatter via innkjøpssamarbeid (LIS). Det ble derfor foreslått en refusjonspris på 70 prosent av veiledende refusjonspris. Ved Stortingsbehandlingen ble denne satsen hevet til 80 prosent.

Forslaget krevde lovendringer, og dette ble fremmet i Ot.prp. nr. 83 (2001–2002). Denne proposisjonen gir en generell vurdering av håndtering av gråsonepreparater.

11.3 Hovedproblemer med dagens finansieringssystem

Dagens ordning for den offentlige finansieringen av legemidler er basert på at legemidler som anvendes innenfor helseinstitusjoner, prioriteres innenfor de budsjett-rammer som finnes for institusjonene på linje med andre innsatsfaktorer (for eksempel personell) i behandlingen av pasienter. Legemidler som brukes utenfor institusjon, kan betales av folketrygden.

Det er i tillegg til forekomsten av visse gråsonepreparater et mer generelt problem knyttet til dette finansieringsopplegget. Folketrygdfinansiering av legemidler utenfor institusjon innebærer en tredjepartsfinansiering og dermed svak prisfølsomhet. Den enkelte lege som initierer utgiftene til legemidler blir ikke stilt overfor kostnadene ved legemiddelbruken. Dyre terapivalg, og valg av dyre legemidler, påvirker ikke på noen måte legenes utgifter eller inntekter. Pasientenes egenbetaling er i stor grad begrenset av skjermingsordninger, noe som medfører en liten kostnadsbevissthet også for disse. I Ot.prp. nr. 83 (2001–2002) er det gjengitt utgiftstall som kan tyde på at folketrygdens utgifter til legemidler stiger sterkere enn legemiddelutgiftene for sykehus. Dette kobles til mindre prisfølsomhet knyttet til legemidler som finansieres av folketrygden.

11.4 Hovedalternativ til dagens finansieringssystem

Helsedepartementet framhever i Ot.prp. nr. 83 (2001–2002) flere positive aspekter ved dagens finansieringsordning for legemidler på sykehus.

> «Når sykehusene selv finansierer sin legemiddelbruk, har de et økonomisk insentiv til å fremforhandle rabatter på innkjøp og velge det billigste blant likeverdige legemidler. Ulike terapivalg kan vurderes i forhold til hverandre, der legemidlene ikke fremstår som billigere enn de egentlig er. Sykehusene har god kjennskap til de enkelte legemidlenes pris/effekt-forhold, og står dermed i utgangspunktet godt rustet til å prioritere riktig. Ettersom legemidlene ikke særfinansieres, legger dagens system også til rette for prioriteringsmessig likebehandling av pasienter som trenger mye legemidler og pasienter som trenger mindre legemidler, men f.eks. mer personellintensiv behandling. Et sykehusansvar for legemiddelutgifter vil kunne sikre likebehandling av ulike terapivalg for samme pasienter og mellom ulike pasientgrupper.»

Finansieringen av legemidler utenfor sykehus via folketrygdens blåreseptordning vil på den annen side ikke kunne sikre en avveining av ressursbruk av legemidler i forhold til annen behandling, eller nødvendigvis sikre behandling med det billigste av flere terapeutisk likeverdige legemiddeltyper.

Et naturlig hovedalternativ til dagens finansieringsopplegg vil være å utvide området for finansiering av legemidler som skjer innen en budsjettmessig ramme. Det er i denne sammenheng naturlig å vurdere det svenske systemet for legemiddelfinansiering.

De svenske landstingene fikk i 1998 overført ansvaret for legemiddelbruk utenfor institusjon fra staten. Staten har i prinsippet gitt landstingene full kostnadsdekning gjennom et særskilt statsbidrag. I begrenset grad har det vært en begrenset risikodeling i perioden 1997 til 2001. I en særskilt avtale mellom staten og landstingsforbundet fra mars 2001 var det enighet om nivået på statsbidraget i perioden 2002 til 2004. For 2002 skulle bidraget være 17,8 mrd. svenske kroner, i 2003 18,7 mrd. kroner og i 2004 19,6 mrd. kroner. Samlet over perioden oppgis tilskuddet til 56,1 mrd. svenske kroner.

Hvis utgiftene til legemidler overstiger visse grenseverdier, får landstingene delvis kostnadskompensasjon. Hvis for eksempel utgiftene i perioden blir i intervallet 57, 6 til 59,1 mrd. kroner blir kostnadsdekningen 25 prosent. Under dette gis

ingen kompensasjon. I intervallet 59,1 til 60,6 mrd. kroner gis 50 prosent kompensasjon, mens over dette nivået gis 75 prosent kompensasjon. Våren 2003 skal en oppsummere hvordan legemiddelkostnadene har utviklet seg, og vurdere effektene av ulike tiltak fra statens og landstingenes side.

I fordelingen av kostnadskompensasjonen mellom landstingene har en til nå basert seg på landstingenes faktiske forbruk. En arbeidsgruppe med deltakere fra stat og kommunesektor la i 2001 fram et forslag om en gradvis overgang til mer objektive kriterier som basis for fordelingen av bidraget. Arbeidsgruppen foreslo en fordeling basert på aldersstruktur, kjønn og visse sosioøkonomiske forhold. For visse legemidler som er svært ujevnt fordelt (for eksempel utgifter til HIV-medisin som i stor grad er konsentrert til Stockholm, Gøteborg og Malmö), foreslås det en felles finansiering.

Det er i en større gjennomgang av legemiddelfeltet (Prop 2001/02:63) oppgitt at utgiftene til legemidler var 15,6 mrd. svenske kroner i 2002. Det var en økning i løpende kroner på drøyt 6 prosent, hvilket beskrives som i historisk perspektiv en «måttlig ökning». En forklaringsfaktor som blant annet trekkes fram for å forklare den relativt moderate veksten, er økt kostnadsbevissthet hos landstingene.

Landstingene i Sverige har ansvaret både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med et slikt omfattende ansvar for tjenester som utløser bruk av legemidler, kan det ligge til rette for et finansielt ansvar for legemidler. Imidlertid har omfanget av legemiddelsystemet og opplegget for egenbetaling vært bestemt på statlig nivå. Det er i avtalen mellom staten og landstingene sagt at staten skal utforme et system der kostnadene kan påvirkes og kontrolleres blant annet ved at landstingene gis en betydelig innflytelse i en ny nemnd som skal foreslå og vedta hvilke legemidler som skal gis offentlig støtte.

Det svenske systemet er i ferd med å bevege seg i en retning der et mer reelt ansvar for legemiddelutgiftene plasseres i samme instans som er ansvarlig også for øvrige helseutgifter, nemlig landstingene. Foreløpig tar imidlertid staten et betydelig ansvar for kostnadsutviklingen gjennom det særskilte statsbidraget. Og fortsatt har staten en avgjørende posisjon i utviklingen av ytelsene innen feltet.

I Norge er ansvaret for primærhelsetjenesten lagt til kommunene. En stor andel av forskrivningen av legemidler initieres og vedlikeholdes av den enkelte fastlege. Regionale helseforetak kan vanskelig styre denne utviklingen. Forholdene for et mer helhetlig ansvar der legemiddelutgifter og andre helsetjenesteutgifter kan sees i sammenheng, er dermed i mindre grad til stede i Norge enn i Sverige. En skal ikke helt undervurdere sykehusenes rolle i utviklingen av legemiddelutgifter. En del legemiddelbruk initieres i forbindelse med sykehusinnleggelser og behandling innen poliklinikker. For disse pasientene vil sykehuslegenes vurderinger kunne være avgjørende for legemiddelbruken i flere år framover. Det hevdes at en av grunnene til at sykehusene får gode rabatter på legemiddelinnkjøp er at legemiddelfirmaene vet at pasientene etter sykehusoppholdet med stor grad av sannsynlighet vil bli satt på de medisinene som de fikk på sykehus. Da vil folketrygden betale regningen til en høyere pris, og det er viktig at de «riktige» legemidlene blir tatt på sykehusene. Dessuten vil sykehus i stor grad kunne gi faglige råd til primærhelsetjenesten og også på denne måten påvirke legemiddelbruken. Det kunne ut fra disse vurderingene være et alternativ å legge et større ansvar over på regionale helseforetak, forutsatt at staten i betydelig grad gikk inn og garanterte for kostnadsutviklingen på feltet.

11.5 Nærmere om finansiering av legemidler i den kommunale omsorgstjenesten

Finansieringsordningene for legemidler (herunder også sykepleieartikler) er forskjellige i og utenfor institusjon. I institusjoner er legemidler fullt ut et kommunalt ansvar. Utenfor institusjon dekkes utgifter til legemidler delvis av folketrygden, delvis av egenbetaling. Som institusjoner defineres i denne sammenheng både alders- og sykehjem. Kommunene fikk for øvrig ansvar for kostnadene for legemidler i aldershjem fra 1995.

Dette skillet knyttet til institusjonstilknytning er generelt. Folketrygdens finansieringsordninger for helsetjenester er i hovedsak knyttet til personer som ikke oppholder seg på institusjon. Folketrygden dekker ikke utgifter til legehjelp på sykehus eller sykehjem, mens behandling utenfor institusjon utløser folketrygdrefusjoner.

Forskjellen i finansieringsordning knyttet til institusjonstilknytning innen kommunehelsetjenesten reiser visse problemer. I de senere år har det vært en sterk vekst i omsorgsboliger, blant annet stimulert av sterke statlige økonomiske insentiver i eldreplanen. I slike omsorgsboliger vil folketrygden dekke utgiftene til legemidler. Dette gjelder selv om disse omsorgsboligene i praksis *kan* være avanserte sykehjem med heldøgns pleieansatte. Ved å utforme tjenestetilbudet som syke-

hjem vil på den ene siden kommunene måtte dekke utgifter til legemidler og legehjelp innen egen rammer. På den annen side kan kommunene kreve inn egenbetaling etter vederlagsforskriften, noe som gir store egenbetalingsinntekter. Vederlagsforskriften angir at for eksempel at kommunene kan kreve inn 85 prosent av beboernes inntekter ut over folketrygden grunnbeløp. Ved å bygge ut omsorgsboliger vil motsatt kommunene ikke lenger stå ansvarlig for utgifter til legemidler; da disse vil finansieres av folketrygden og den enkelte. På den annen side er det sterke begrensninger på bruk av egenbetaling i den kommunale omsorgstjenesten utenfor institusjon. Det ble for eksempel fra 1998 ikke lenger tillatt å ta betaling for hjemmesykepleie. I og med at nivået på egenbetaling knyttet til vederlagsforskriften i så stor grad er inntektsavhengig kan kommunene se seg økonomisk tjent med å tilby sykehjemsplasser til eldre med høy inntekt, mens eldre med lavere inntekt tilbys tjenester der egenbetalingspotensialet er mer begrenset, det vil si i omsorgsboliger.

Ved behandlingen av St.meld. 50 (1996–1997) Handlingsplan for eldreomsorgen ba Stortinget

> «… Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem.» (Innst. S. Nr. 294 (1996–1997), romertallsvedtak VII)

Forskjellen i finansieringsordninger i og utenfor institusjon er et hovedtema i utredningen NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie og omsorgstjenester». Utvalgsinnstillingen var delt i sine tilrådinger.

I rapporten Sykehjemmenes rolle og funksjoner i framtidas pleie- og omsorgstjenester utgitt av Sosial- og helsedepartementet i 1999 er det drøftet ulike modeller for framtidas sykehjem. En mulighet kan være at sykehjemsplasser (med unntak av korttidsopphold) defineres som private boliger. Det ville innebære at folketrygden overtok et betydelig finansieringsansvar. En motsatt modell kunne være at alle kollektive boformer med bemanning lovhjemles som sykehjem. Kommunene ville da få ansvaret for dagliglivets utgifter og for eksempel også legemiddelutgifter.

Det er i samme rapport påpekt at en styrking av det medisinske tilbudet i sykehjem og økt vektlegging av korttidsopphold for medisinsk behandling vil påføre kommunene økte kostnader. Kommunene vil få økte utgifter til medisiner og hjelpemidler i behandlingen. En styrking av tilbudet i sykehjem kan i noen tilfeller bidra til redusert bruk av dyrere sykehusplasser. Et eksempel kan være omsorg for kreftpasienter/døende pasienter. Det vises til at behandlingshjelpemidler som dekkes av trygden utenfor institusjon, må dekkes av kommunen i institusjon. Det gjelder for eksempel utstyr til respiratorbehandling. En hjemmerespirator oppgis å koste om lag 85 000 kroner, noe som det kan være vanskelig å få finansiert innenfor et presset sykehjemsbudsjett.

I St.meld. nr. 31 (2001–2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender» gis det en generell vurdering av finansierings- og brukerbetalingsordninger. Det vises i denne meldingen til at Helsedepartementet våren 2002 nedsatte et utvalg som skal vurdere framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. I mandatet til utvalget er det forutsatt at det også skal sees nærmere på grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Utredningen skal bl.a. finne løsninger for gråsoner mellom behandling i og utenfor sykehus.

Det vises til at en aktuell problemstilling er at mange av de nye sykehjemmene og omsorgsboligene som er tilrettelagt for dette, nå er i stand til å ta på seg oppgaver som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten. Det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt at denne behandlingen foregår i primærhelsetjenesten, men kommunene får ikke på samme måte som spesialisthelsetjenesten dekket utgifter for behandling. Resultatet er at pasienten sendes til sykehus.

Meldingen signaliserer at en omlegging av systemet i retning av dagens modell for beboere i eget hjem vil innebære at belastning av en del utgifter vil bli overført fra kommunene til staten. Det vil også gi administrative konsekvenser for kommuner og sykehjem, og medføre endringer i brukerbetalingen for de fleste brukerne. Det sies at Regjeringen derfor vil arbeide videre med å kartlegge konsekvensene og framskriving av disse. Videre må en harmonisering av lovverket ses i sammenheng med en konsekvensanalyse av felles brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon. Brukerbetaling og finansieringsordninger for korttidsopphold må også vurderes og sees i sammenheng med sykestuer, og det må arbeides videre med finansiering av gråsonepasienter. Det konkluderes med at resultatet av regjeringens arbeid vil bli presentert i en stortingsmelding som skal legges fram våren 2003.

Helsedepartementet gir prosjektstøtte til lindrende behandling utenfor sykehus. I St.prp. nr. 1 (2002–2003) sies det at Helsedepartementet i samarbeid med Sosialdepartementet vil utrede en permanent finansiering av sykehjemsplasser forbeholdt omsorg ved livets slutt. Det sies at det tas

sikte på å etablere en permanent finansieringsordning som fremmer lindrende behandling ved sykehjem fra og med 2004.

11.6 Utvalgets tilrådinger

Finansieringsopplegget for legemidler, med omfattende omfang av tredjepartsfinansiering der utgiftene initieres både av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten men i stor grad betales av folketrygden, kunne tilsi en større endring av ansvarsforholdene. En samling av ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og en overtakelse av også de samlede legemiddelutgiftene kunne da vurderes. Dagens organisering innebærer delt ansvar for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det ligger derfor etter utvalgets vurdering alt i alt lite til rette for at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for legemiddelutgiftene for på en meningsfull måte å bidra til gode avveininger av ressursbruken knyttet til de samlede legemiddelutgiftene. Utvalget tilrår derfor at dagens hovedsystem opprettholdes. Det kan tenkes situasjoner der en terapeutisk står overfor valget mellom en kortvarig sykehusbehandling med et dyrt preparat, eller en langvarig behandling utenfor sykehus der legemiddelutgiftene kan betales av folketrygden. Samlet sett kan utgiftene bli lavest og den medisinske gevinsten bli størst hvis en velger sykehusbehandlingen. Det enkelte sykehus kan imidlertid i visse tilfeller være fristet til å skyve utgiftene over på folketrygden og sette pasientene på langvarig blåreseptbehandling. I slike unntakstilfeller kan det være hensiktsmessig å kunne sikre folketrygdfinansiering av enkelte legemidler som brukes på sykehus. Etter utvalgets vurdering er den hjemmel som er sikret i folketrygdlovens § 5 14 a i og med behandlingen av Remicadesaken hensiktsmessig som en slik unntaksordning. Opptak under ordningen skal undergis en konkret vurdering. Utvalget vil sammenlikne denne særlige ordningen med ordningen knyttet til kjøp av helsetjenester i trygdeetatens regi for sykemeldte for å unngå større samlede offentlige utgifter enn nødvendig. I visse tilfeller kan det være hensiktsmessig å la folketrygden dekke utgifter som egentlig burde vært plassert hos en annen instans, hvis en ut fra en samfunnsmessig avveining kan finne det formålstjenlig med folketrygdfinansiering.

Det er i kap. 9.2.5 blant annet vist til at beslutninger om å ta i bruk nye legemidler i en del tilfeller kan gi høyere kostnader. Fordi kostnadsvektene har vært justert med flere års mellomrom, kan ISF refusjonene dermed gi for lav økonomisk uttelling der den teknologiske utvikling har skjedd fort. De eksisterende kostnadsvektene i DRG-systemet vil i slike tilfeller ikke vise de reelle kostnadene ved medisinsk behandling. For å sikre legitimiteten til DRG-systemet bør dette derfor oppdateres og vedlikeholdes jevnlig.

Utvalget vil peke på at dagens ansvarsforhold knyttet til finansiering av medisiner og andre helsetjenester kan innby til konflikter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om hvem som skal finansiere utgiftene. Sykehusene kan oppleve det som et problem at kommunene ikke gir et raskt nok tilbud til ferdigbehandlede pasienter. Det er i kapittel 9 tilrådd at sterkere økonomiske insentiver blir brukt for å bidra til at utskrivningsklare pasienter blir overført til et kommunalt tilbud. Kommunene kan på den annen side oppfatte det som et betydelig problem at sykehusenes liggetider blir redusert, og at kommunehelsetjenesten overtar ansvaret for stadig mer kostnadskrevende pasienter. Det vil kunne være felles enighet mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste om ønskeligheten av at en tredje part, nemlig folketrygden, overtar mer av ansvaret for kostnadskrevende pasienter.

Finansieringsordningene for pleie- og omsorgssektoren reiser mange kompliserte spørsmål. Utvalget har ikke kunnet gå inn på en slik generell vurdering. Utvalget vil generelt peke på at det for samfunnet totalt sett må forventes kostnadsøkninger ved økt tredjepartsfinansiering. Det ble fra 1995 åpnet for direktesalg av legemidler fra grossist/produsent til sykehus. Utvalget vil vise til at erfaringene med legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) er gode og at samarbeidet har medført betydelige rabatter. Det er fra april 2002 åpnet for direktesalg fra grossist også til kommunale sykehjem. Selv om potensialet her kan være mindre, ligger det også innenfor kommunehelsetjenesten nå muligheter for å kunne oppnå rabatter. Utvalget vil vise til at det i kap. 9 er tilrådd at det etableres ulike forsøksordninger med sikte på å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenester.

Kapittel 12
Høyspesialiserte funksjoner

12.1 Innledning

Ikke all pasientbehandling egner seg til å skulle utføres alle steder. Høyspesialiserte funksjoner omfatter i hovedsak pasientbehandling som det er fornuftig å sentralisere til noen få steder i landet. Begrunnelsen for dette er det samme som i andre land – et behov for å samle ekspertise og ressurser for avansert medisinsk behandling og et behov for å utvikle en kostnadseffektiv behandling av sykdommer og lidelser i tilfeller der det er store investeringsbehov eller der et fåtall pasienter trenger slik behandling. Finansiering av slike funksjoner er tema for dette kapitlet.

Staten har utviklet et administrativt system knyttet til godkjenning av nye og evaluering av eksisterende høyspesialiserte funksjoner. Fagrådet for høyspesialisert medisin, underlagt Sosial- og helsedirektoratet, behandler søknader om opprettelse av nye funksjoner og foretar jevnlige evalueringer av eksisterende funksjoner. I tillegg vurderes status for hver enkelt funksjon med hensyn til funksjonsnivå (herunder hvilke funksjoner som skal desentraliseres til flerregional eller regional status) og lokalisering. Gjennom den statlige godkjenningen har man både forsøkt å begrense framveksten av spesialiserte funksjoner, og forsøkt å begrense lokaliseringen av disse til et visst antall sykehus. Fagrådets behandling, og tilhørende anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet er rådgivende, mens beslutninger på området gjøres av Helsedepartementet.

I tillegg finnes statlig fastsatte, normerte priser for pasienter som har bosted utenfor den region de behandles (gjestepasienter). Disse prisene er i hovedsak basert på 80 prosent av full DRG-kostnad, og skal benyttes når regionale helseforetak ikke har inngått avtale om oppgjør for gjestepasienter. I praksis legger imidlertid de statlig fastsatte, normerte prisene sterke føringer på oppgjøret. Dette skjer til tross for at regionale helseforetak ikke er forpliktet til å benytte sykehus innenlands ved behov for høyspesialisert behandling. Prisreguleringen er gitt i rundskriv I-6/2001 fra Helsedepartementet i henhold til forskrift om refusjonskrav og § 5–2 i spesialisthelsetjenesteloven.

Høyspesialiserte funksjoner omfatter landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og statlig finansierte kompetansesentre. De høyspesialiserte funksjonene har følgende kjennetegn:

En *landsfunksjon* kjennetegnes ved:
- sjeldne lidelser som det er hensiktsmessig å bygge opp behandlingstilbud for bare ett sted i landet
- særlig kostbare investeringer eller særlig personellkrevende behandlingsopplegg
- behov for å ha et samlet fagmiljø med høyt faglig nivå

En landsfunksjon innebærer at pasientene som trenger denne behandlingen kun skal behandles ved det sykehuset som er tildelt landsfunksjonen når det gjelder den spesielle behandlingen. Andre sykehus skal ikke bygge opp et behandlingstilbud der det er fastsatt en landsfunksjon.

Flerregionale funksjoner utføres ved maksimalt tre regionsykehus, ofte i samarbeid og med en bestemt regioninndeling seg imellom. Flerregionale funksjoner kjennetegnes ved at
- tilbudet ytes til pasienter med forholdsvis sjeldne tilstander
- aktuelle behandlingsprosedyrer er forholdsvis sjeldne
- investeringene kan være forholdsvis kostbare
- tilbudet krever høy kompetanse

Kompetansesentre har et særskilt ansvar for å drive forskning, videreutvikling av fagfeltet, veiledning og undervisning både innen grunnutdanning, videreutdanning og etterutdanning. Kompetansesentre skal ikke drive pasientbehandling, men det vil som regel være hensiktsmessig at pasientbehandling er knyttet til virksomheten.

Tidligere omfattet høyspesialiserte funksjoner også *regionfunksjonene*. Regionfunksjonene omfatter tilbud til et forholdsvis begrenset antall pasienter, og et tilbud som krever kompetanse på høyt nivå. Ansvar for organisering og finansiering av regionfunksjonene er i sin helhet tillagt regionale helseforetak etter 1. januar 2002, og i lov om spesialisthelsetjeneste er regionfunksjoner ikke lenger inkludert i omtalen av høyspesialiserte funksjoner.

I Helsedepartementets styringsdokument til regionale helseforetak for 2002, videreføres den eksisterende fordelingen av høyspesialiserte funksjoner i 2002. For regionfunksjoner signaliseres det imidlertid at man fra statens side ikke ønsker en spredning av regionfunksjoner på flere sykehus dersom dette er kostnadskrevende:

> «Departementet vil imidlertid være åpen for at det enkelte regionale helseforetak kan foreta hensiktsmessige endringer, etter faglig vurdering, når det gjelder regionoppgaver mellom sykehusene i egen region. Det forutsettes imidlertid at det ikke etableres kostnadskrevende, parallelle tilbud innen lavvolumtjenester.» (Sitat fra styringsdokumentet for 2002 til regionale helseforetak.)

12.2 Finansieringsordningene de siste årene

Finansieringen av regionale helseforetak er i dag delt mellom ISF og funksjonstilskuddet i regionsykehustilskuddet. Det siste går til regionale helseforetak som ivaretar høyspesialiserte funksjoner[1]. Siden ISF går til pasientens hjemstedsregion, er denne del av finansieringen håndtert gjennom normerte priser for gjestepasientoppgjøret for pasienter som behandles utenfor hjemstedsregionen.

12.2.1 Innsatsstyrt finansiering av høyspesialiserte funksjoner

Alle sykehusopphold registreres i sykehusenes pasientadministrative systemer, og oppholdene grupperes inn i en DRG som så gir grunnlag for ISF-refusjon. Hver DRG inneholder opphold av ulik karakter, selv om gruppene statistisk sett er ressursmessig homogene. Det finnes som regel såkalte ytterfall, det vil si pasienter som ligger inne mye lenger enn kostnadsvekten tar høyde for, eller hvor kostnader av andre grunner er høyere enn for gjennomsnittet. Høyspesialiserte funksjoner representerer slike ytterfall i tilfeller hvor de grupperes til DRGer der oppholdene innenfor samme diagnosegruppe har ulik karakter. Det er derfor ikke uvanlig at sykehusbehandling ved høyspesialiserte funksjoner gis samme ISF-refusjon som andre pasienter i samme DRG.

På enkelte områder er finansieringen av høyspesialiserte funksjoner særskilt ivaretatt i ISF, til tross for at det i dag ikke finnes etablerte metoder for kostnadsberegning hvor kostnader for lands- eller flerregionale funksjoner blir særlig ivaretatt. Gjennom ISF-ordningen håndteres imidlertid dette ved egne DRGer eller særskilte betalingsordninger. Dette gjelder:

- Behandlingsformer som er gitt en særskilt DRG, der grunnlaget for kostnadsvektene er beregnet med utgangspunkt i ett eller et fåtall sykehus. Dette gjelder i hovedsak transplantasjoner, der det eksisterer egne DRGer, og der kostnadsvekter er beregnet med utgangspunkt i kostnadene ved ett sykehus med landsfunksjon.
- Innkjøp av særlig kostbare implantater og høykostnadsmedisin, der det innenfor ISF eksisterer en særskilt betalingsordning. Behandling som krever utvalgte, særlig kostbare implantater kommer inn under denne sideordningen til ISF, i likhet med enkelte, særlig dyre medikamenter.

12.2.2 Regionsykehustilskuddet

Før 1991 besto finansieringen av regionsykehus av et universitetsklinikktilskudd. Dette tilskuddet var et element i et avtaleverk mellom staten og den enkelte regionsykehuseier. Ved siden av dette ble det også gitt egne tilskudd til finansiering av spesielle funksjoner ved regionsykehusene. Eksempler på slike funksjoner var brannskadeavdelingen ved Haukeland sykehus og yrkesmedisinske avdelinger ved regionsykehusene.

Fra 1991 ble regionsykehustilskuddet etablert. Den nye finansieringen erstattet det avtalebaserte universitetsklinikktilskuddet, og erstattet også den tidligere ordningen med subsidiering av gjestepasientkurdøgn ved regionsykehus.

Regionsykehustilskuddet omfattet følgende elementer:

- Basistilskuddet, som ble fordelt etter visse faste kriterier[2], og som ble tildelt som en rammebevilgning uten krav til rapportering fra regionsykehusene.
- Funksjonstilskuddet, som ble gitt for å ivareta regionsykehusenes merkostnader knyttet til universitetsklinikkfunksjoner, forskning og undervisning. I funksjonstilskuddet lå også tilskudd til høyspesialiserte funksjoner.

1. For Helse Sør er midlene til høyspesialiserte funksjoner lagt inn i den statlige basisbevilgningen av historiske årsaker.

2. Ifølge NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene, side 29, er fordelingen basert på demografiske kriterier fra inntektssystemet (med vekt 0,8) supplert med en korreksjon for ulikt omfang og ulike kostnader ved lands- og flerregionale funksjoner betinget av pasienter innlagt fra andre regioner (med faktor 0,2).

Etter 1991 ble det i flere år forsøkt å etablere et rapporteringssystem for funksjonstilskuddet, uten at dette noen gang fungerte. I Hellandsvikutvalgets innstilling (NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?) pekes det blant annet på at en stadig større andel av regionsykehusenes totale finansiering dekkes av det statlige funksjonstilskuddet, uten at staten samtidig har tilstrekkelig styring med hvordan midlene blir brukt. Det forelå en mistanke om at deler av funksjonstilskuddet gikk til ordinær pasientbehandling og ikke til de aktiviteter som var forutsatt. Av samme grunn stilte også Riksrevisjonen seg svært kritisk til regionsykehustilskuddet, og forlangte endringer i oppfølgingen fra departementet, jf. anbefalingene til Stortinget i antegnelse vedrørende forvaltningen av regionsykehustilskuddet til de fylkeseide regionsykehusene, Dokument nr. 3:8 (1997–1998). I 1999 la en arbeidsgruppe ledet av Sosial- og helsedepartementet (Slåttebrekkgruppen) fram en rapport om innretningen på regionsykehustilskuddet. Etter dette ble tilskuddet endret.

I 2002 omfatter regionsykehustilskuddet til sammen bevilgninger på 2 mrd. kroner. Tilskuddet er beskrevet i kapittel 16, og består av fire deler som er tilskudd til:

- basiskostnader 1,500 mrd. kroner
- særskilte funksjoner 104 mill. kroner
- forskning 78 mill. kroner
- undervisning 239 mill. kroner

12.3 Erfaringer med nåværende finansiering

Erfaringene med finansieringen av høyspesialiserte funksjoner er i hovedsak knyttet til følgende forhold:

- Regionene stilles overfor ulike priser; noe som skaper ulik tilgang til høyspesialisert behandling.
- Det er fare for at prisen på behandling ved høyspesialiserte funksjoner både blir satt for høyt og for lavt. Dette kan både skape ulik tilgjengelighet og for lavt eller for høyt nivå på tilbudet.
- Det er uenighet om hvilket organisasjonsnivå som skal foreta prioritering av pasienter som skal ha høyspesialisert behandling.
- Nye medikamenter og behandlingsmetoder innføres ofte uten tilstrekkelig kritisk vurdering.

En nærmere diskusjon av disse problemene følger her.

Ulike priser – ulik tilgjengelighet

Tidligere års gjestepasientoppgjør omfattet oppgjør for pasienter som krysset fylkesgrensene innenfor en region. Regionene har dermed begrenset betalingsoppgjørene til pasienter som henvises til sykehus utenfor den regionen der de bor. Dette innebærer administrative besparelser, fordi omfanget av betalingsoppgjør blir langt mindre enn før.

Regionene stilles imidlertid overfor ulike marginalpriser, fordi hjemmeregionen ikke betaler noe ekstra for å sende ytterligere en pasient til en høyspesialisert funksjon, mens de øvrige regionene betaler. Det vises til eksempler i boks 12.1, 12.2 og 12.3. Det er all grunn til å tro at et slikt system over tid vil resultere i en stadig skjevere geografisk henvisningspraksis. En konsekvens kan bli at det henvises relativt flere pasienter fra hjemmeregionen enn fra øvrige regioner. Dette vil i sin konsekvens bryte med målsettingen om lik tilgjengelighet til helsetjenester.

Omleggingen vil også innebære at de tidligere statlige sykehusene som Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Statens senter for epilepsi som tidligere fikk gjestepasientinntekter for alle sine pasienter, blir utsatt for en betydelig endring i rammevilkårene. For de øvrige regionsykehusene innebærer omleggingen også endringer, om enn i mindre omfang.

Monopolatferd, pasientseleksjon og effektivitet

De høyspesialiserte funksjonene kjennetegnes av spisskompetanse på fagfelt som også finnes ved andre sykehus. Enkelte funksjoner har monopol på sitt område og står dermed i en reell maktstilling, mens andre funksjoner ikke i samme grad gjør det. Grunner til at monopolet ikke alltid medfører en reell maktstilling, er for eksempel at kompetanse, utstyr og personell kan anskaffe eller bygges opp andre steder, eller fordi kjøp av tilsvarende tjenester utenfor Norge er utbredt.

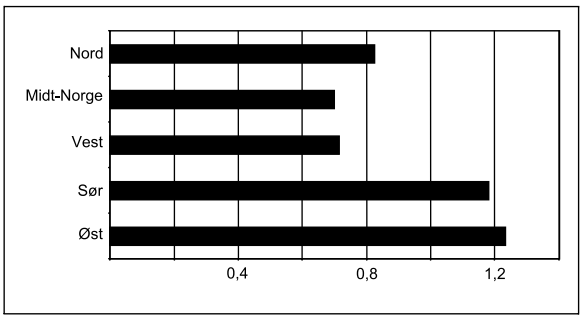
I enkelte tilfeller er DRG-relaterte priser basert på kostnadsanalyser ved den enkelte landsfunksjon. Hvis sykehuset som driver landsfunksjonen som følge av sin monopolsituasjon ikke driver kostnadseffektivt, kan høye kostnader i prinsippet resultere i høye priser. Den motsatte situasjonen kan i prinsippet også oppstå – lave kostnader og effektiv drift kan gi lave priser. Det er imidlertid få trekk ved en monopolsituasjon som gir insentiver til kostnadseffektiv drift.

Boks 12.1 Landsfunksjoner – hvor kommer pasientene fra? Eksempel I. Rikshospitalet

I 2001 ble 13 prosent av Rikshospitalets pasienter behandlet ved en av sykehusets mange landsfunksjoner. Av sykehusets samlede pasienttall kom nær 6 av 10 pasienter i 2001 fra helseregion øst, mens om lag 3 av 10 kom fra helseregion sør. Blant landsfunksjonene kom i overkant av 4 av 10 pasienter fra helseregion øst, mens om lag 2 av 10 kom fra helseregion sør, og 1 av 10 fra de tre øvrige regionene. I figur 12.1 vises rater per innbygger, der det er korrigert for ulik befolkningsstørrelse i regionene.

I forhold til innbyggertallet, er Helse Sør RHF og Helse Øst RHF sterkt representert i bruken av landsfunksjonene ved Rikshospitalet, mens de tre øvrige regionale helseforetak bruker landsfunksjonene mindre aktivt. Hvilket nivå som objektivt sett er det «rette» ut fra pasientenes behov, er imidlertid vanskelig å definere.

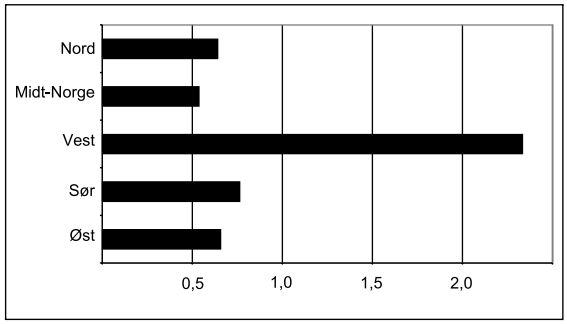
Rikshospitalet ble fra og med 2002 overtatt av Helse Sør RHF, som har vedtatt at det ikke skal være noen form for refusjonsordning internt i regionen. Det er derfor etablert et rammetilskudd fra Helse Sør. Med en slik finansiering blir de marginale betalingsvilkårene ulike for regionale helseforetak ved bruk av Rikshospitalet. I Helse Sør kan en ekstra pasient henvises til Rikshospitalet uten ekstra kostnad. For Rikshospitalet er det på den annen side kun knyttet merinntekter til pasienter som kommer fra andre helseforetak enn Helse Sør RHF. Pasienter fra Helse Sør medfører kun utgifter, ingen ekstrainntekter.



Figur 12.1 Antall pasienter behandlet ved Rikshospitalets landsfunksjoner i 2001 etter geografisk tilhørighet. Rater per innbygger.

Boks 12.2 Landsfunksjoner – hvor kommer pasientene fra? Eksempel II. Helse Bergen

Helse Bergen har ansvar for tre landsfunksjoner – avansert brannskadebehandling, hyperbar medisin og strålekniv. Den geografiske tilhørigheten til pasientene er relativt skjev, med en stor dominans for pasienter fra Vestlandet. Figur 12.2 viser pasientenes geografiske tilhørighet, korrigert for regionenes ulike befolkningsstørrelse.



Figur 12.2 Antall pasienter behandlet ved landsfunksjonene ved Helse Bergen i 2001 etter geografisk tilhørighet. Rater per innbygger.

Kilde: Helse Bergen 2002.

Det er som hovedregel de tyngste pasientene innen hver DRG som henvises til høyspesialiserte funksjoner. Siden prisene i ISF er relatert til gjen-

Boks 12.3 Landsfunksjoner – hvor kommer pasientene fra? Eksempel III. Statens senter for epilepsi

Fra og med 2002 ble Statens senter for epilepsi underlagt Helse Sør RHF. Effekten av omleggingen er, ikke uventet, at antall henviste pasienter fra Helse Sør har økt merkbart. I dag er henvisningsgraden høyst ulik fra ulike geografiske områder, slik at en pasient fra Finnmark har omtrent dobbelt så høy sannsynlighet for å bli henvist til SSE som enn en pasient fra Troms. Enda større forskjeller er det mellom for eksempel Rogaland og Hordaland, mens det største innslaget av pasienter kommer fra helseregion Sør, ifølge opplysninger fra SSE.

nomsnittskostnaden i den enkelte DRG, og fordelingen av regionsykehustilskuddet knyttet til slike funksjoner skjer etter lite etterprøvbare kriterier, kan dette føre til at høyspesialiserte funksjoner får for dårlig betalt for sine tjenester. Resultatet kan bli lavere tilgang til slike tjenester enn ønskelig, samtidig som landsfunksjonene sliter med økonomiske problemer.

Prioriteringer og tilgjengelighet

Når det gjelder høyspesialiserte funksjoner, blir det også pekt på at sykehusene tvinges til å gjøre prioriteringer som det kan hevdes burde ha vært tatt på et høyere nivå. Et eksempel er Rikshospitalets avvisning av døve barn for innoperering av implantat som setter dem i stand til å utvikle hørsel (cochlea-implantat). Dette førte til debatt i Stortinget 21. februar 2002 etter et privat forslag fra stortingsrepresentantene Stolt Nielsen og Bastesen. Stortinget vedtok i den forbindelse følgende:

> «Stortinget ber 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.»

Selv om ISF inneholder et særskilt vederlag på kr. 165 000 for hvert nytt cochlea-implantat som kjøpes inn, dekker dette ikke mer enn om lag halvparten av innkjøpsprisen for implantatet. Hver ny pasient som opereres, må derfor delfinansieres over Rikshospitalets rammebevilgning. Rikshospitalet må ta stilling til hvor mange barn og voksne som skal få operert inn et slikt implantat hvert år. Til tross for at disse operasjonene faktisk har både DRG-finansiering og i tillegg særskilt refusjon i hvert enkelt tilfelle, er Rikshospitalet nødt til å ta stilling til antall årlige operasjoner. I møte med utvalget har Rikshospitalet hevdet at denne form for avgjørelser ideelt sett burde vært tatt av andre.

Nye behandlingsmetoder

Metoder og medikamenter innenfor diagnostikk og behandling er i stadig utvikling innenfor de fleste høyspesialiserte funksjoner. Presset på å ta i bruk nye og bedre metoder kommer ofte fra de medisinske fagmiljøene, og i noen tilfeller fra pasienter og pårørende. Dette presset kommer ofte før helsemyndighetene har vurdert kostnad og nytte ved de nye behandlingsformene, og før økonomiske rammer er tilpasset. I noen tilfeller innebærer mye metoder og medikamenter lavere kostnader, og beslutningen kan tas innenfor sykehusenes eksisterende budsjettrammer. I mange tilfeller innebærer imidlertid slike beslutninger høyere kostnader, og sykehusene kommer i et dilemma der deres egne ansatte og pasientene promoterer nyutvikling, samtidig som det er usikkert for sykehuset hvordan de økte kostnadene vil bli dekket.

12.4 Alternativer til dagens modell

Utvalget har valgt å diskutere alternative finansieringsmodeller for høyspesialiserte funksjoner langs to dimensjoner:

- Hvem skal finansiere, staten eller regionale helseforetak?
- Hvordan skal det finansieres, ved (i hovedsak) DRG-basert stykkpris eller ved rammebevilgninger?

Dette gir i prinsippet fire alternativer:

1. Statlig finansiering gjennom rammebevilgninger.
2. Statlig finansiering ved DRG-basert stykkprisbetaling.
3. Finansiering fra regionalt helseforetak gjennom rammebevilgninger.
4. Finansiering fra regionalt helseforetak ved DRG-basert stykkprisbetaling.

Det finnes også kombinasjoner av statlig og regional finansiering. En statlig rammebevilgning som dekker faste kostnader, kombinert med betalingsordninger mellom regionale helseforetak basert på variable kostnader, vil være et slikt alternativ.

Staten vil ved disse fire modellene kunne regulere høyspesialiserte funksjoner på flere måter gjennom sin eierstyring.

- *Etableringsadgang.* Staten kan regulere adgangen for et helseforetak til å etablere og utøve en høyspesialisert funksjon. På denne måten oppnås en klar arbeidsdeling mellom sykehusene. På den annen side tildeles også rett til å utøve et monopol, om man ser bort fra at regionale helseforetak i dag har adgang til å kjøpe samme tjenester fra sykehus utenfor Norge. For det sykehus som tildeles en funksjon, er det knyttet en forpliktelse til å utøve funksjonen og gi et tilfredsstillende tilbud til de pasienter som henvises dit.
- *Regulering av avtaler mellom regionale helseforetak.* Staten kan pålegge partene å inngå avtaler om bruk av de høyspesialiserte funksjonene. Staten kan for eksempel pålegge partene å forplikte seg til et bestemt minstevolum av pasientbehandling ved innenlandske funksjoner.

Gjennom regulering av denne typen kan staten sikre seg mot to antatt uønskede utviklingstrekk: (1) at flere helseforetak bygger opp konkurrerende høyspesialiserte funksjoner, og (2) at regionale helseforetak lar være å benytte de sykehus som er tildelt en flerregional eller landsomfattende funksjon og i stedet benytter andre tilbud utenfor Norge.

- *Prisregulering:* Staten kan regulere prisene for bruken av høyspesialiserte funksjoner gjennom faste priser, for eksempel definert gjennom DRG-systemet eller ved maksimalpriser for de enkelte funksjoner. Fordi det ikke finnes etablerte metoder for kostnadsberegning hvor kostnader for lands- eller flerregionale funksjoner blir særlig ivaretatt, må en regulering av priser ta utgangspunkt i skjematiske beregninger.

Vandeskoggruppen

Det vises til omtale i avsnitt 16.8.1. En arbeidsgruppe ledet fra Helsedepartementet (Vandeskoggruppen), anbefalte våren 2002 en omlegging av statens finansiering av de høyspesialiserte funksjonene. Hovedinnholdet i forslaget var en omlegging fra dagens øremerkede midler til mer utstrakt bruk av aktivitetsavhengig finansiering. I korte trekk gikk forslagene ut på følgende:

- Funksjonstilskuddet i regionsykehustilskuddet avvikles.
- Helsedepartementet utreder en forbedret DRG-finansiering av lands- og flerregionale funksjoner med sikte på innføring fra 2004.
- Midler til forsknings- og kompetansedelen tilknyttet lands- og flerregionale funksjoner, samt tilskudd til kompetansesentrene, overføres til nytt tilskudd for forskning og kompetanseutvikling innenfor et nytt universitetssykehustilskudd.

Etter Vandeskoggruppens mening bør godkjenning av nye lands- og flerregionale funksjoner ikke gjøres avhengig av medfinansiering fra staten, da pasientbehandlingen ikke er avhengig av øremerkede midler for å starte opp. Det bør imidlertid gis tilskudd til oppstartutgifter og til forskning og kompetanseutvikling knyttet til nye funksjoner. Det er også gjort et unntak for funksjoner som ikke egner seg for DRG-finansiering, der godkjenning gjøres avhengig av at det legges inn midler i basisbevilgningen til det regionale helseforetak som får tildelt funksjonen.

Vandeskoggruppen tilrådde dessuten at staten ikke godkjenner nye nasjonale kompetansesentra uten at det foreligger økonomisk dekning for driften. For å klargjøre hvilke kompetansesentra som kan kalle seg nasjonale kompetansesentra, foreslo arbeidsgruppen at begrepet reserveres til kun å omfatte godkjente landsdekkende sentra innen spesialisthelsetjenesten.

Pafi-utredningen

Våren 2002 utførte Sintef Unimed, på oppdrag fra Vandeskoggruppen, et forprosjekt der man så på mulighetene for å skille landsfunksjoner ut i DRG-systemet, for å iverksette en mer målrettet og treffsikker finansiering til disse funksjonene over ISF. I følge denne studien, kan de aller fleste landsfunksjoner synliggjøres i DRG-systemet på en mer spesifikk måte enn i dag. For noen behandlinger kan dette gjøres ved å kombinere behandlingssted (sykehus med landsfunksjon eller flerregional funksjon) og medisinske data. Eksempler på sistnevnte er kateterablasjoner for hjertearytmier og cochleaimplantater for barn. Andre behandlinger som per i dag ikke registreres (eks. strålekniv), kan vurderes en videre vurdere inkludert i DRG-systemet. Noen funksjoner vurderes derimot som uegnet for innlemmelse i DRG-systemet. Dette gjelder ulike landsfunksjoner ved Statens senter for epilepsi, sædbank, og nyfødtscreening av fenylketonuri/hypotyreose.

Bruk av DRG-systemet til finansiering av landsfunksjoner ved regionsykehusene gir mulighet for to alternativer:

- Løfte refusjonsnivået generelt for regionsykehusene ved å øke enhetsprisen med tilsvarende beløp som regionsykehustilskudd. Da øker refusjonene likt for alle aktiviteter.
- Beregne egne prisvekter for de DRG som landsfunksjonene hører til. Slik kan økt finansiering (tidl. regionsykehustilskudd) rettes bare mot utvalgte funksjoner.

Finansieringsløsningen må også sees i sammenheng med bakgrunnen for kostnadsvekter for 2002. Til dels stammer kostnadsvekter for enkelte DRG fra enkeltsykehus (eks. Rikshospitalet) og gjenspeiler reelle kostnader for landsfunksjoner direkte. Ved vektingen for 2002 er det imidlertid gjort fratrekk for kostnadsdekning via regionsykehustilskuddet. Dette er gjort fordi ISF-refusjonene tar utgangspunkt i de kostnader som ikke er dekket gjennom andre statstilskudd.

12.5 Diskusjon av alternativene

12.5.1 Statlig finansiering

En kan tenke seg en modell der staten kostnadsberegner aktivitetene ved lands- og flerregionale funksjoner ut fra forventet antall pasienter, og overfører en rammebevilgning til det enkelte regionale helseforetak avhengig av forventede kostnader ved de funksjoner det regionale helseforetaket har ansvar for. Statens styring og kontroll vil i så fall skje dels gjennom fastsettelse av størrelsen på bevilgningen, dels gjennom vilkår knyttet til bevilgningen i styringsbrevet. Ved denne modellen må staten styre etableringen av funksjonene fullt ut.

Modellen har to tiltalende trekk:

- Siden det her er tale om pasientgrupper med lite volum, vil rammebevilgninger bidra til lave transaksjonskostnader, som isolert sett bidrar til høy kostnadseffektivitet.
- De høyspesialiserte funksjonene sikres stabile inntekter.

Modellen har også noen klare svakheter:

- Den vil neppe bidra til bedre regional fordeling av de pasienter som mottar behandling ved høyspesialiserte funksjoner enn den vi har i dag. Det vil dermed fortsatt bli ulikhet i tilgangen til disse tjenestene.
- At prisen er null for det regionale helseforetak som har sørge for-ansvaret, vil være insitament til å skyve flere pasienter over på lands- og flerregionale funksjoner enn det staten i utgangspunktet har dimensjonert tilbudet for. Dette vil øke behovet for prioriteringer ved de høyspesialiserte funksjonene. Det kan oppstå uenighet mellom regionale helseforetak om en pasient skal behandles ved en høyspesialisert funksjon eller ikke. Dette kan både bryte med kravet om god tilgjengelighet til spesialisthelsetjeneste og kravet om likhet i tilgangen til tilbudet. Spillsituasjoner av denne type vil lede til ansvarsuklarhet og manglende gjennomsiktighet i finansieringen av denne type tjenester.
- Det blir etablert et skille mellom høyspesialiserte funksjoner og annen pasientbehandling ved at høyspesialiserte pasienter underlegges prioritering innen en rammefinansiert høyspesialisert funksjon, mens andre pasienter underlegges prioritering innen deler av helsetjenesten som er helt eller delvis stykkprisfinansiert. Dette kan i sin konsekvens bidra til lav prioriteringseffektivitet.

Overgang til hel eller delvis stykkprisfinansiering fra staten til regionale helseforetak med høyspesialiserte funksjoner kan redusere noen av disse problemene. Dette forutsetter at høyspesialisert behandling kostnadsberegnes og inkluderes i DRG-systemet på en slik måte at oppholdene kan identifiseres uansett DRG-plassering. Det forutsettes videre at staten regulerer etableringsadgangen fullt ut.

Det er grunn til å tro at prioriteringseffektiviteten blir høyere ved at alle typer pasienter nå underlegges de samme finansieringsregimer. Fortsatt vil imidlertid regionale helseforetak ha insitament til å overføre pasienter fra egne budsjetter til budsjettene til de høyspesialiserte funksjonene. Det er heller ikke klart at likheten i tilgangen til denne type tjenester blir bedre enn i dag. Ett nytt problem vil oppstå for de høyspesialiserte funksjonene ved at pasientvolumet kan variere fra år til år. Det betyr at en stor andel av stykkprisfinansiering vil gi usikkerhet både på inntekts- og kostnadssiden, mens en finansiering ved fasttilskudd eller ramme vil gi usikkerhet på kostnadssiden. Det forutsettes at sykehuset ikke velter usikkerheten over på pasientene ved å sette dem på venteliste.

12.5.2 Finansiering fra regionale helseforetak

Hvilken godtgjøring det enkelte regionale helseforetak som er tildelt en funksjon får for utredning og behandling av pasienter fra andre regioner, er av avgjørende betydning for to forhold:

- den region som mottar pasienter, må få kostnadsdekning for de pasienter som henvises fra andre regioner.
- henvisning ut av en region må ikke medføre så høye kostnader at henvisningsraten reduseres av økonomiske årsaker.

Det antas først at aktivitetene ved lands- og flerregionale funksjoner kostnadsberegnes og at utgiftene fordeles på regionale helseforetak basert på deres innbyggertall. Dette vil si at det ikke eksisterer gjestepasientpriser som i dag, men at regionale helseforetak betaler en fast ramme seg i mellom for drift av de høyspesialiserte funksjonene. Regionale helseforetak må da ha fått tilført ressurser til høyspesialisert behandling gjennom sine inntekter. Staten har på sin side regulert etableringen av høyspesialiserte funksjoner.

Også dette er en modell som vil gi lave transaksjonskostnader. Modellen vil også gi stor grad av stabilitet i inntektene til de høyspesialiserte funksjonene. Det er videre grunn til å anta at modellen

vil gi bedre regional fordeling av pasienter som mottar behandling ved høyspesialiserte funksjoner enn det som er tilfelle i dag. Det vil imidlertid fortsatt være et problem at regionale helseforetak vil ha insentiver til å skyve flere pasienter over på lands- og flerregionale funksjoner under andre regionale helseforetak enn det tilbudet i utgangspunktet er dimensjonert for. Dette vil øke behovet for prioriteringer ved de høyspesialiserte funksjonene. Det kan oppstå uenighet mellom regionale helseforetak om en pasient skal behandles ved en høyspesialisert funksjon eller ikke. Dette kan både bryte med kravet om god tilgjengelighet til spesialisthelsetjeneste og kravet om likhet i tilgangen til tilbudet. På samme måte som i tilfellet med statlig rammefinansiering, men kanskje i noe mindre omfang, vil spillsituasjoner av denne type kunne lede til ansvarsuklarhet og manglende gjennomsiktighet i finansieringen av denne type tjenester.

Overgang til gjestepasientbetaling basert på hel stykkprisfinansiering av diagnoser behandlet ved de høyspesialiserte funksjonene kan redusere det sistnevnte problemet. Dette forutsetter som diskutert over (Pafi-utredningen), at høyspesialisert behandling kostnadsberegnes og inkluderes i DRG-systemet på en slik måte at oppholdene kan identifiseres uansett DRG-plassering. Ett slikt system vil innebære at pasienter som skal motta behandling ved høyspesialiserte funksjoner underlegges prioritering etter samme regler som andre pasienter. Det kan imidlertid også innebære at regionale helseforetak for å redusere gjestepasientutgiftene vil vurdere annen lokalisering av behandlingen enn dagens definerte høyspesialiserte funksjoner, både behandling i egen regi og i utlandet. Oppbygging av et behandlingstilbud i egen regi for disse pasientene vil i de fleste tilfeller være meget kostnadskrevende, mens behandling i utlandet må vurderes som et mulig alternativ. For de høyspesialiserte funksjonene kan dette innebære at pasientvolumet kan variere fra år til år og dermed gi usikkerhet på inntektssiden.

En kan også tenke seg en modell som kombinerer ramme- og stykkprisfinansiering. Regionale helseforetak får tildelt ressursene som skal gå til behandling ved høyspesialiserte funksjoner. Det etableres så abonnementsavtaler mellom hvert regionale helseforetak og den enkelte høyspesialiserte funksjon om pris og antall behandlinger (abonnementsordning). Prisen ligger fast for behandlinger inntil avtalt nivå på behandlingsaktiviteten. Behandlinger utover avtalt nivå betales særskilt basert på prisene i DRG-systemet eller annet. En slik modell vil gi både større likhet i tilgangen til høyspesialiserte tjenester enn dagens modell, et stabilt finansielt grunnlag for lands- og flerregionale funksjoner og klare ansvarsforhold. Ett slikt system vil videre innebære at pasienter som skal motta behandling ved høyspesialiserte funksjoner, underlegges prioritering etter samme regler som andre pasienter. Det kan også innebære at regionale helseforetak vil vurdere annen lokalisering av behandlingen enn ved dagens definerte høyspesialiserte funksjoner, både ved behandling i egen regi og i utlandet. Oppbygging av et behandlingstilbud i egen regi for disse pasientene vil i de fleste tilfeller være meget kostnadskrevende, mens behandling i utlandet må vurderes som et mulig alternativ. En slik mulighet vil kunne bidra til å holde kostnadene ved høyspesialiserte tjenester nede.

Det kan av beredskapshensyn være aktuelt at staten sikrer noen funksjoner gjennom eksplisitt regulering. Staten kan, om ønskelig, ved denne modellen både regulere etablering, minstevolum (gjennom krav til størrelsen på abonnementet) og pris (gjennom DRG-systemet). En bør i denne sammenheng merke seg at både Danmark, Sverige og Finland har valgt en modell uten stort innslag av statlig regulering. Disse landene har ikke særskilte tilskudd eller særskilt regulering av de høyspesialiserte funksjonene, som i hovedsak er lagt til universitetssykehusene. Staten regulerer verken etableringsadgang, avtaler eller priser. I Sverige er det landstingene som bestiller de nødvendige tjenester og inngår avtale med universitetssykehusene om priser. I Danmark har amtene tilsvarende full myndighet over produksjon og bruk av høyspesialiserte tjenester. I Finland finansieres høyspesialiserte behandlinger vanligvis slik at sykehuset hvor behandlingen finner sted, fakturerer etter faktiske utgifter (hvert eneste tiltak blir registrert og priset slik som i USA). Det er kommunen som i utgangspunktet skal betale, men flere kommuner har slått seg sammen og laget et slags sikkerhetssystem hvor man jevner ut betalinger for ekstremt dyre pasienter.

Årsaken til at høyspesialiserte funksjoner er uten statlige reguleringer i Danmark, Sverige eller Finland er i første rekke knyttet til at spesialisthelsetjenesten er et regionalt eller kommunalt ansvar i disse landene. Statlige myndigheter gir kun i særskilte tilfelle statstilskudd til driften av helsetjenestene, og betrakter i hovedsak produksjon og bruk av sykehustjenester som et regionalt ansvar. Fra svensk hold er det imidlertid signaler om at regjeringen vil gå inn på området høyspesialiserte funksjoner, trolig med sikte på iverksette en viss regulering av funksjonsfordelingen mellom sykehusene på dette området. Det vises i den sammen-

heng til at det svenske Socialdepartementet i 2002 har satt i gang en utredning av høyspesialisert behandling.

12.5.3 Kombinert finansiering fra stat og regionale helseforetak

En statlig rammebevilgning som dekker faste kostnader kombinert med betalingsordninger mellom regionale helseforetak basert på variable kostnader kan være et alternativ. Modellen vil ha noen av de samme egenskapene som abonnementsmodellen ved at risiko ved variasjoner i pasienttilgang fordeles mellom flere aktører. Modellen vil neppe bidra til større grad av likhet i tilgangen til høyspesialiserte tjenester enn dagens modell. Regionale helseforetak vil i tillegg ha insentiver til å velte kostnader over på staten ved at en prøver å presse opp anslaget over hva som er faste kostnader.

12.5.4 Tjenester med lite volum/tjenester som vanskelig kan DRG-klassifiseres

Tjenester med svært lite volum eller tjenester som vanskelig kan DRG-klassifiseres, som for eksempel ulike landsfunksjoner på Spesialsykehuset for epilepsi, sædbank, og nyfødtscreening av fenylketonuri/hypotyreose, må som hovedregel finansieres ved faste, årlige tilskudd. Spørsmålet som gjenstår å besvare er da om dette bør skje fra staten eller gjennom avtaler mellom regionale helseforetak. De fleste argumenter trekker antagelig i retning av at regionale helseforetak finansierer også disse tjenestene gjennom avtaler om kostnadsdeling eller faste, årlige tilskudd. Kostnadene kan i flere tilfeller fordeles etter innbyggertall.

Spesialsykehuset for epilepsi har i et brev til utvalget argumentert for kostnadsberegning og salg av utredningspakker eller behandlingspakker (se kort omtale i boks 12.4). Som utvalget har argumentert for i kapittel 8 og 9, kan dette være et godt alternativ i en del tilfeller.

Boks 12.4 Friere prising av behandlingsforløp eller behandlingsprogram

Dagens prising i oppgjøret mellom regionale helseforetak er knyttet til sykehusopphold. Til tross for at kompetanseutvikling og veiledning ofte er en del av virksomheten, prioriteres ofte behandling av pasienten inne på eget sykehus framfor mer systematisk oppsøkende virksomhet ut mot fagmiljøene ved andre sykehus. Spesialsykehuset for epilepsi, som ikke er inkludert i ISF og som fakturerer regionene i henhold til antall liggedøgn etter en statlig fastsatt døgnpris, har foreslått at det etableres adgang for sykehuset til å selge «utredningspakker» eller «behandlingspakker» med et større innslag av individuelt fastsatte priser for ulike pasientgrupper.

12.6 Kompetansesentre

De nasjonale kompetansesentrene står for spredning og videreutvikling av kompetanse på et fagfelt, og skal drive veiledning og opplæring ut mot fagmiljøene og helsepersonell på sykehus, samt mot pasienter og pårørende. I utgangspunktet skal kompetansesentrene ikke utføre pasientbehandling. Bagrunnen for å bli tildelt eller påta seg en kompetansesenterfunksjon, er at man fra før har utviklet særskilt kompetanse på feltet som andre kan dra nytte av. Kompetansesentrenes oppgaver er definert i rundskriv I-8/2001 og består i tillegg til forskning og kompetansespredning bl.a. i å opprette et relevant register over funksjonens virksomhet. Eksisterende kompetansesentra er under evaluering av Sosial- og helsedirektoratets fagråd for høyspesialisert medisin.

Dagens godkjente kompetansesenterfunksjoner er svært forskjellige, og har ulik grad av rammefinansiering i bunnen. Det gis tilskudd til enkelte kompetansesentre over regionsykehustilskuddet, men flere sentre har ingen særskilte statstilskudd.

Utvalget foreslår at nye nasjonale kompetansesentra i framtida finansieres etter følgende modell: Et regionalt helseforetak som via samarbeidsorganet søker om å få tildelt, eller aksepterer å påta seg, en kompetansesenterfunksjon, utarbeider forslag til årlig budsjett (utgifter/inntekter) for de oppgavene man forplikter seg til å utføre. På grunnlag av planlagt aktivitet, og etter en vurdering av behovet for virksomheten, gir staten en eventuell godkjenning som følges av statstilskudd over basisbevilgningen til det tilhørende regionale helseforetak. Senere års statstilskudd er deretter basert på oppfølging og dokumentasjon av resultater fra virksomheten.

I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, finansieres denne pasientbehandlingen på linje med annen pasientbehandling.

12.7 Utvalgets vurderinger

Høyspesialiserte funksjoner

De høyspesialiserte funksjonene er sentralisert til ett eller et fåtall sykehus gjennom godkjenningsordningen for landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra. Regionale helseforetak som er tildelt slike funksjoner, sørger for kompetanseutvikling og pasientbehandling på vegne av pasienter i egen og andre regioner. Det er i dag et avtalebasert økonomisk oppgjør regionene imellom for behandling av pasienter med bosted i annen region enn der de behandles. Oppgjørene følger i hovedsak statens normerte priser på 80 prosent av gjennomsnittskostnaden for den enkelte DRG. Fra 2001 har det imidlertid vært full frihet til å inngå avtale om andre priser, også for høyspesialiserte funksjoner.

Utvalget har merket seg en rekke problemer med dagens finansiering av høyspesialiserte tjenester. Sykehusene med landsfunksjoner hevder at det er en utilstrekkelig finansiering av merkostnadene knyttet til pasientbehandlingen i lands- og flerregionale funksjoner, og at det er for dårlig samsvar mellom statlig medfinansiering og godkjenning av høyspesialiserte funksjoner. En del av den økonomiske risikoen for økte kostnader eller for økning i pasientvolum ligger derfor i praksis hos det sykehus som er tildelt en slik funksjon. Det er videre dokumentert betydelig geografisk ulikhet i tilgangen til noen av de høyspesialiserte funksjonene, og det er uklart hvordan disse pasientenes prioriteres i forhold til andre grupper.

Utvalget har valgt å diskutere alternative finansieringsmodeller for høyspesialiserte funksjoner langs to dimensjoner:

1. Hvem skal finansiere, staten eller regionale helseforetak?
2. Hvordan skal det finansieres, ved (i hovedsak) DRG-basert stykkpris eller ved rammebevilgninger?

Utvalget vil understreke at høyspesialiserte funksjoner er et område som må være gjenstand for nasjonal styring og prioritering. Betydelige investeringer, både utstyrsmessig og kompetansemessig, tilsier at disse funksjonene ikke kan overlates til regionale helseforetak å prioritere og styre alene. Tjenestene er kjennetegnet ved at de ikke skal utføres i alle regioner, men tildeles som nasjonale oppgaver til enkelte sykehus som skal ivaretas på vegne av hele landet.

Det er videre viktig at finansieringssystemet legger til rette for at pasienter som *bør* ivaretas av en høyspesialisert funksjon, får tilbud om dette. Staten bør derfor vurdere om slike funksjoner skal motta et eget infrastrukturtilskudd. I dag er det betydelige variasjoner mellom regionene i bruk av høyspesialiserte tjenester, inkludert tjenester som tilbys ved sykehus med landsfunksjoner og høyspesialiserte funksjoner. 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 regionale helseforetak.
3. Så langt som mulig inkluderes høyspesialisert behandling i DRG-systemet, og DRG-relaterte priser benyttes mellom regionale helseforetak 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. Regionale helseforetak inngår avtaler om bruk av lands- og flerregionale funksjoner, herunder fastsetting av pris og volum. Ved uenighet mellom partene, fastsetter staten normerte priser og minstevolum.

For at staten skal kunne fastsette et minstevolum, må pålegget enten gis gjennom eierstyringskanalen, eller så må spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 tredje ledd endres for å gi hjemmel. Dessuten må endringen følges opp i forskrift 20. desember 2000 nr. 1551 om refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Utvalget er bedt om å gi en særskilt vurdering av finansiering av operasjoner for døve der det benyttes cochleaimplantat. Utgangspunktet er et privat forslag fra stortingsrepresentantene Inger Stolt-Nielsen og Steinar Bastesen (jf. Innst. S. nr. 84 (2001–2002)), der Stortinget vedtok følgende:

> «Stortinget ber 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.»

Med den foreslåtte finansieringsløsningen for høyspesialiserte funksjoner er det etter utvalgets mening funnet en tilfredsstillende løsning for disse pasientene.

Kompetansesentra

Utvalget foreslår at nye nasjonale kompetansesentra i framtida finansieres etter følgende modell: Et regionalt helseforetak som via et samarbeidsorganet (jf. diskusjonen i kapittel 16) søker om å få tildelt, eller aksepterer å påta seg, en kompetansesenterfunksjon, utarbeider forslag til årlig budsjett (utgifter/inntekter) for de oppgavene man forplikter seg til å utføre. På grunnlag av planlagt aktivitet, og etter vurdering av behovet for virksomheten, kan staten gi godkjenning som følges av statstilskudd over basisbevilgningen til det tilhørende regionale helseforetak. Senere års statstilskudd er deretter basert på oppfølging og dokumentasjon av resultater fra virksomheten.

I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, finansieres denne pasientbehandlingen på linje med annen pasientbehandling.

Kapittel 13
Finansiering av private aktører

I følge mandatet skal utvalget vurdere «forholdet til private tjenesteytere slik at disse utnyttes best mulig». Utvalget har fulgt opp denne delen av mandatet spesielt med å innhente innspill fra private ytere av spesialisthelsetjenester. Det ble gjort ved å holde et seminar 29. august 2002 hvor representanter for private sykehus, private legespesialister og private laboratorier og røntgeninstitutter deltok. Professor Tor Iversen ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har også utført et utredningsoppdrag om temaet på vegne av utvalget.

Private aktørers virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten utgjør en begrenset del av den totale virksomheten, men det er flere gode grunner til å vie emnet oppmerksomhet. Mandatet legger vekt på pasientrettigheter, utnyttelse av privat sektor og muligheter for å understøtte et skille mellom bestiller- og utførerrollene. I kombinasjon kan disse hensynene tale for økt bruk av private aktører. Innretting av virkemidlene overfor private får dermed betydning. Sykehusreformen har også endret rammevilkårene for private og offentlige tjenesteytere. Forslagene som utvalget fremmer som gjelder den offentlige delen av virksomheten, vil også kunne få betydning for de private aktørene. Det er derfor behov for å se privat og offentlig tilbud av spesialisthelsetjenster under ett.

Det kan anføres mange argumenter for hvorfor privat sektor bør spille en rolle i spesialisthelsetjenesten. De vil yte konkurranse, og vil på mange måter kunne være et korrektiv til den offentlige virksomheten. Regionale helseforetak kan bruke private aktører som et supplement, og også som et alternativ til virksomheten i egne helseforetak. Private tilbydere vil også kunne bidra til et større mangfold i måter å organisere helsetjenester på. Det vil gi pasientene større valgfrihet og kan bidra til å utvikle de offentlige tjenestene. Private aktører kan bidra til å øke kapasiteten i behandlingstilbudet i tilfeller hvor de kan utnytte personell og utstyr mer effektivt enn det de offentlige sykehusene klarer.

Det mangler imidlertid dokumentasjon av om privat spesialisthelsetjeneste faktisk er mer kostnadseffektiv enn den offentlige. Det er gjort sammenliknende undersøkelser, men det er problemer med å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning (for eksempel Jørgenvåg, Paulsen og Magnussen 2000).

En vesentlig ulempe med økt bruk av private aktører er den ujevne geografiske fordelingen. For alle typer private aktører er det en konsentrasjon i Østlandsområdet, og i nærheten av større byer. Det er uvisst hvordan den geografiske fordelingen av private aktører vil endres dersom de benyttes i større grad.

Fram til nå har de private tjenesteyterne bidratt innenfor den elektive (planlagte) pasientbehandlingen. Den øyeblikkelige hjelpen i spesialisthelsetjenesten, som utgjør om lag 70 prosent av pasientbehandlingen, ytes i stor grad ved offentlige sykehus. Utvalget har ikke vurdert i hvilken grad denne arbeidsdelingen er hensiktsmessig. Også her vil lokale forskjeller være avgjørende.

13.1 Ulikheter i konkurransevilkår

Det er mange forhold som gjør at det ikke er like konkurransevilkår mellom private og offentlige tilbydere innen spesialisthelsetjenesten. Fordi privat og offentlig sektor har ulike roller og ulikt ansvar, er det heller ikke et mål at det skal være like vilkår på alle områder. Hovedpoenget må være at det er tydelig hvilke oppgaver det konkurreres om, og at det kan synliggjøres hva som er de virkelige kostnadene forbundet med ulike typer tjenester.

Regionale helseforetak er gitt ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Foretakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning (helseforetaksloven § 1 siste ledd). Dette legger forpliktelser på foretakene som ikke gjelder for private tjenesteytere, og har en rekke implikasjoner. Regionale helseforetak må ta ansvar for at øyeblikkelig hjelp ytes. Regionale helseforetak må også ta hensyn til at likeverdige spesialisthelsetjenester skal ytes uavhengig av bosted. De må derfor ta

ansvar for lokalisering av tilbudene på en annen måte enn de private må, selv om også de private har insitament til å gjøre tjenestene brukervennlige og tilgjengelige.

Lovgivningen er nøytral når det gjelder om spesialisthelsetjenestene skal ytes av regionale helseforetak selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere (spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a). En kan likevel stille spørsmål ved om regionale helseforetak vil være nøytrale når det vurderes om private skal utføre en tjeneste eller om den skal tilbys av et av helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Rollekonflikten mellom å være bestiller for befolkningen og eier av helseforetak vil uansett skape mistanke om at de private aktørene ikke behandles nøytralt. Ved å selv eie sykehus er det en fare for at regionale helseforetak velger å bruke disse framfor private tilbydere.

I tillegg er det ulikheter i oppgavene som utføres i offentlig og privat sektor. Det hevdes at offentlige sykehus og poliklinikker behandler mer krevende pasienter enn private sykehus og private spesialister, uten at dette fanges opp i dagens finansieringsordninger. En pasient kan ha en diagnose som utløser en bestemt DRG-refusjon via ISF. Innenfor vedkommende DRG kan det likevel være store variasjoner i hvor kostnadskrevende pasientene faktisk er.

Ved offentlige sykehus drives det også i større grad forskning og undervisning enn ved de private. Det må imidlertid skilles mellom ulike typer virksomhet. Særlig universitetssykehusene driver mye forskning og undervisning, men mottar også særskilt finansiering til dette. Også blant private tjenesteyterne er det virksomheter som tar i mot studenter i praksisundervisning.

Når det gjelder finansiering av kapital, har offentlig og privat sektor vært ulikt stilt. Et privat selskap følger regnskapsloven, og finanskostnader og avskrivninger på kapital kommer til syne i regnskapet. Regnskapsloven skal gjelde også for regionale helseforetak. Foreløpig er det ikke avklart hvordan åpningsbalansen til foretakene skal fastsettes. Når åpningsbalansen er fastsatt og avskrivninger føres i driftsregnskapet, vil konkurransen bli mer likeverdig. Private eiere stiller i tillegg krav til avkastning på egenkapitalen i kommersielle virksomheter. Det stilles ikke slikt krav til egenkapitalen i regionale helseforetak. Det er åpnet for at regionale helseforetak kan lånefinansiere investeringer, og da vil både avskrivninger og lånerente bli en marginalkostnad ved å investere i realkapital. Dette vil bidra vesentlig til å utjevne ulikhetene i konkurransevilkårene. Se egen omtale om kapital i kapittel 18.

De privates behov for å dekke avskrivninger og avkastning på egenkapitalen er en viktig årsak til at de etterlyser forutsigbarhet i sine rammebetingelser. For å investere i nytt utstyr vil de ofte ha behov for avtaler som går over flere år. På den annen side ønsker også de offentlig foretakene større forutsigbarhet enn det som gis av at statlige bevilgningene kun gjelder for ett år ad gangen.

Det finnes også enkelte reguleringer som er ulike for private og offentlige, for eksempel legestillinger, antall behandlingssenger og etablering og stønad til private laboratorier og røntgeninstitutt. Opprettelse av nye legestillinger reguleres langt strengere for offentlig sektor enn for privat. Private sykehus må ha godkjenning fra Helsedepartementet for å opprette nye behandlingssenger, mens de offentlige foretakene kan øke antall senger ut fra egne vurderinger av behov, bemanning og økonomi.

Det er imidlertid gode grunner for at vilkårene ikke nødvendigvis alltid bør være like. Ved konkurranseutsetting av offentlig virksomhet, må kostnader ved ulike aktiviteter kunne identifiseres, for å ha grunnlag for å sammenlikne kostnader og priser. Det gir også bedre grunnlag for regionale helseforetak til å vurdere hvilke avtaler som bør inngås med de private.

De private aktørene har påpekt overfor utvalget at offentlige aktører bør bli mer profesjonelle innkjøpere. Det offentlige må bli flinkere til å spesifisere hvilke tjenester som skal kjøpes, og til hvilken kvalitet. De private ønsker at det offentlige blir bedre til å måle kvalitet, og å følge opp alle aktører i forhold til dette. Verken privat eller offentlig helsetjeneste er tjent med at aktører som gir for lav kvalitet, skal få fortsette med det.

13.2 Dagens organisering og finansiering

I det følgende presenteres resultatene fra en kartlegging av avtaler regionale helseforetak har med private legespesialister, private sykehus og private laboratorier og røntgeninstitutter. Undersøkelsen er utført av Tor Iversen ved Senter for helseadministrasjon, og er basert på skriftlig materiale og telefonintervjuer med representanter for regionale helseforetak og enkelte helseforetak i perioden juni til september 2002. Utvalget vil understreke at organisering av regionale helseforetak i forhold til de private aktører er i støpeskjeen, og at det skjer endringer i forhold til situasjonen sommeren 2002. Utvalget kjenner bl.a. til at Helse Øst RHF er i ferd med å opprette en egen bestillerfunksjon som skal

ha ansvar for kjøp av tjenester fra private aktører. I følge protokoll fra styremøte i Helse Øst 30. oktober 2002, skal det opprettes en bestillerfunksjon fra 1. januar 2003. Enheten vil ha ansvar for kjøp av helsetjenester fra private tjenesteleverandører, private avtalespesialister, private laboratorier og røntgeninstitutter og tjenesteleveranser fra egne foretak etter anbudsprinsippet.

13.2.1 Private legespesialister

Statens totale utgifter til private legespesialister med driftsavtale anslås i 2001 til 1,3 mrd. kroner.

Avtalepraksis for private legespesialister reguleres av avtale mellom arbeidsgiverforeningen NAVO og Legeforeningen. Avtalen er forlenget fram til 2003, og regulerer vilkår og rammebetingelser for driftsavtalene etter gjeldende lovverk. Det er detaljerte bestemmelser om kunngjøring, tilbud og inngåelse av individuell avtale. Legens oppgave beskrives som å foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling etter prioriteringer og henvisningsordninger som det regionale helseforetaket setter for å oppfylle sine mål. Regionalt helseforetak kan kreve at legen installerer og bruker systemer for pasientdata som gjør det mulig for å vurdere, kontrollere og planlegge den samlede spesialisthelsetjenesten. Likeledes skal legen avgi grunnlagsdata for føring av pasientstatistikk. I følge avtalen kan også en besatt avtalehjemmel inndras, men det kreves en saklig begrunnelse (pkt 3.1). Det vil da kreve 12 måneders forhåndsvarsel fra regionalt helseforetak (punkt 8.2). Man kjenner hittil ikke til at en besatt avtalehjemmel har blitt inndratt. Hjemler har kun vært inndratt ved ledighet (Arne Norum, Kommunenes sentralforbund).

Legen mottar driftstilskudd fra helseforetaket. Driftstilskuddet er i tre klasser, med størst uttelling i klasse tre. Det forhandles om hvilken klasse en individuell avtale skal plasseres i. Legens kostnader til lokaler, teknisk utstyr og hjelpepersonell vil veie tungt. Regionalt helseforetak fastsetter avtalehjemmelens omfang ved etableringen. Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer per uke i minst 44 uker per år med behandlende virksomhet. Det kan ikke avtales mindre enn en femtedels driftstilskudd. Individuell avtale kan inngås med og uten tidsbegrensning. Fram til nå har avtaler uten tidsbegrensning vært det vanlige. Det har heller ikke vært vanlig å sette volumtak når det gjelder antall behandlinger, verken etter Folketrygdloven eller av fylkeskommunene, nå regio-

Tabell 13.1 Antall driftsavtaler med private legespesialister fordelt på spesialiteter og regionale helseforetak

RHF	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum	Andel
Anestesiologi	17	5	2	5	0	29	2,7 %
Barnesykdommer	27	6	2	5	1	41	3,8 %
Fys.med. og rehabilitering	4	1	2	1	0	8	0,8 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	45	24	21	7	8	105	9,8 %
Hud- og veneriske sykdommer	32	13	9	6	3	63	5,9 %
Indremedisin	54	21	30	7	5	117	11,0 %
Kirurgi	24	5	3	5	1	38	3,6 %
Nevrologi	12	5	4	3	0	24	2,3 %
Onkologi				2	0	2	0,2 %
Ortopedisk kirurgi		3			1	4	0,4 %
Plastikk-kirurgi	2	1	1		0	4	0,4 %
Psykiatri	161	51	42	21	15	290	27,2 %
Revmatologi	6	4	3		2	15	1,4 %
Radiologi	2				0	2	0,2 %
Urologi		1	2		1	4	0,4 %
Øre-nese-halssykdommer	60	22	26	14	11	133	12,5 %
Øyesykdommer	70	31	32	20	20	173	16,2 %
Ikke spesifiserte				14		14	1,3 %
Sum	516	193	179	110	68	1066	100 %

Tabell 13.2 Fordeling av private spesialister, folketrygdens refusjonsutgifter til spesialister og fordeling av innbyggere på helseregionene i prosent.

RHF	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Fordeling private spesialister	48	18	17	10	6	100
Fordeling refusjonsutgifter	46	16	20	10	8	100
Fordeling innbyggere	36	20	20	14	10	100

nale helseforetak. De sentrale partene har hittil ikke diskutert en slik mulighet.

Privatpraktiserende spesialisters inntekter kommer generelt i tre former: driftstilskudd fra helseforetak eller regionale helseforetak, takster fra folketrygden og egenbetaling fra pasienter. Private spesialister som har driftsavtale med et helseforetak eller regionalt helseforetak har inntekter i alle tre former, mens de som ikke har slik avtale, må hente hele praksisinntekten fra pasientenes egenbetaling, eventuelt med tillegg fra andre private kilder (for eksempel forsikringsordninger)[1]. Til gjengjeld er de ikke underlagt offentlig prisregulering av pasientenes egenbetaling. For avtalespesialister er driftstilskudd og honorartakster avtalt etter forhandlinger mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet og regionale helseforetak ved NAVO på den ene side og Den norske lægeforening på den andre side. Fra 1. juli 2002 gjelder disse satsene for full tids praksis: 335 700 kroner i klasse 1, 432 500 kroner i klasse 2 og 554 500 kroner i klasse3. Stortinget fastsetter maksimalpris for pasientenes egenbetaling i forbindelse med statsbudsjettet. I 2002 kan privatpraktiserende spesialister med driftsavtale maksimalt kreve pasienten for 200 kroner for en konsultasjon med tillegg for visse prøver og undersøkelser. Utgiftstaket for egenbetaling (sammen med visse andre helsetjenester) er 1350 kroner. Egenbetaling utover taket refunderes av folketrygden.

Antallet avtaler regionale helseforetak har med private spesialister per 1. juni 2002 er vist i tabell 13.1. Dette samsvarer stort sett med de avtalene som regionale helseforetak overtok fra fylkeskommunene ved årsskiftet.

Det samlede antall avtaler er i underkant av 1100. De fleste avtaler er innenfor psykiatri. Andre framtredende spesialiteter er øyesykdommer, ørenese-halssykdommer og indremedisin.

Tabell 13.2 viser fordelingen av landets driftsavtaler, folketrygdens refusjonsutgifter og innbyggere på de regionale helseforetakene.

Helse Øst RHF har en langt større andel av avtalene og en større andel av folketrygdens refusjonsutgifter enn av landets innbyggere, mens de andre regionene har om lag lik eller en større andel av landets innbyggere enn de har av spesialistavtalene og folketrygdens refusjoner.

En hypotese kan være at omfanget av det private spesialisttilbudet vil avhenge av hvor stort et noenlunde tilsvarende tilbud er innenfor de offentlige poliklinikkene. Et høyt tilbud av private spesialister kan motsvares av et tilsvarende mindre offentlig tilbud.

Tabell 13.3 kan belyse denne problemstillingen.

Av tabellene framgår at Helse Øst mottar forholdsvis mye refusjon til private spesialister og forholdsvis lite poliklinikkrefusjoner. Den motsatte tendensen er synlig særlig for Helse Nord. Hypote-

1. Omfanget av privat spesialistlegepraksis uten avtale ble kraftig redusert etter at avtale ble en forutsetning for takstrefusjoner fra 1. juli 1998.

Tabell 13.3 Fordeling i 2001 av poliklinikkrefusjone sammenliknet med fordeling av innbyggertall fordelt på de ulike regionene i prosent.

RHF	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Regnskapsførte utgifter 2001	33	20	20	15	12	100
Fordeling på regionale helseforetak etter folketall	36	20	20	14	10	100

Tabell 13.4 Fordeling av driftsavtalene på andeler av fullt årsverk.

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
0,3 årsverk eller mindre	19 %	32 %	30 %	41 %	40 %	27 %
Mellom 0,3og 0,5 årsverk	3 %	4 %	1 %	3 %	4 %	3 %
Fom. 0,5 opp til 0,7 årsverk	9 %	7 %	6 %	12 %	6 %	8 %
Fom. 0,7 opp til 1 årsverk	9 %	10 %	9 %	5 %	10 %	9 %
1 årsverk	42 %	47 %	54 %	27 %	40 %	43 %
Ikke spesifisert	17 %	0 %	0 %	13 %	0 %	10 %
Sum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

sen om en omvendt sammenheng mellom det offentlige og det private tilbudet synes til en viss grad bekreftet.

Tabell 13.4 viser hvordan avtalene fordeler seg på årsverk. Det har ikke vært mulig å få nøyaktig informasjon fra alle helseforetakene. Tabellen er dermed framstilt i form av intervaller.

Det er stor variasjon blant regionale helseforetak med hensyn til hvordan avtalene fordeler seg på årsverkandeler. For Helse Vest RHF gjelder majoriteten av avtalene for hele årsverk, mens dette bare er tilfelle for vel en firedel av avtalene til Helse Midt-Norge RHF. Her er 41 prosent av avtalene på 30 prosent eller mindre av et hele årsverk. Alt i alt kan det samlede antall årsverk anslås til 725. Det samsvarer godt med antall årsverk Statistisk sentralbyrå (2002) oppgir for 2001 (732,7 avtalte årsverk). I følge Byrået ble det i 2001 utført 7242 legeårsverk i somatiske sykehus og 1225 legeårsverk i psykiatri. Følgelig kan antall årsverk blant private avtalespesialister anslås til i underkant av 8 prosent av det samlet antall årsverk i spesialistlegetjenesten.

Tabell 13.5 viser hvordan årsverkene registrert av Statistisk sentralbyrå (2002) fordeler seg på tilskuddsklasser

På landsbasis har 459,4 årsverk (63 prosent av samlet antall) fått tilskudd etter høyeste sats i 2001. Spesialister innenfor øyesykdommer hadde flest årsverk i klasse 3, mens psykiatri dominerer i klasse 1. Fordelingen mellom tilskuddsklassene har holdt seg stabil de siste årene. Antall avtaler i hver tilskuddklasse fra 2001 og tilskuddssatsene fra 2002 kan brukes til å anslå det samlede årlige beløp for driftstilskudd til i underkant av 356 mill. kroner.

Tabell 13.5 Antall årsverk fordelt på tilskuddsklasser for private legespesialister.

Spesialitet	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	I alt
Psykiatri	139,5	29,1	7,2	175,8
Øyesykdommer	6,6	16,7	113,5	136,8
Øre-, nese- og halssykdommer	6,8	6,4	79,4	92,6
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	3	7,9	76	86,9
Indremedisin	3,6	8,4	61	73
Hudsykdommer og veneriske sykdommer	5	7,3	42,2	54,5
Barnesykdommer	5,3	5,3	22	32,6
Nevrologi	1	6,9	6,2	14
Kirurgi	1,7	2,4	10,3	14,3
Revmatologi	0,5	0,8	8,4	9,7
Andre spesialiteter	4,1	5,2	33,2	42,5
I alt	177,1	96,2	459,4	732,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2002).

Utover det som følger av spesialistfordelingen, opplyser ingen av de regionale helseforetakene at de har tall for hvilke pasienttyper og sykdomstilfeller som de private spesialistene behandler. Det blir av flere uttrykt ønske om at en mer detaljert rapportering av virksomheten kommer inn i avtalene med spesialistene.

Omfanget (i antall avtaler) der spesialister er ansatt av helseforetak som sykehuslege samtidig som de har avtale som privat spesialist (dobbelt praksis) varierer mellom regionene. Det gjør også kunnskapen om eksistensen av slike avtaler. Helse Øst RHF anslår en øvre grense ut fra antall avtaler som omfatter 20 prosent av fullt årsverk. Dette er 100 avtaler eller 19 prosent av det samlede antall. Heller ikke Helse Sør RHF kan gi noe eksakt svar. Helse Vest RHF gir et maksimumsanslag av dobbeltpraksis ut fra antallet avtaler med mindre enn 80 prosent av fullt årsverk. Det betyr at i 74 av 179 avtaler kan det tenkes at legen også er ansatt i et helseforetak. Helse Midt-Norge RHF har ingen tall for dette. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har 6 av 21 avtaleinnehavere som også har stilling ved sykehuset. Ved Nordlandssykehuset HF har 12 av 26 avtaleinnehavere også stilling ved sykehuset. I tillegg er det avtaleinnehavere som har stillinger ved andre helseforetak. Ved Hålogalandssykehuset HF har 2 av 10 avtaleinnehavere også praksis ved sykehuset.

Praksis varierer med hensyn til om regionalt helseforetak eller helseforetak inngår avtaler med de private spesialistene. Helse Øst RHF har delegert inngåelse og administrasjon av avtalene til enkelte av helseforetakene. Aker Universitetssykehus HF tar hånd om avtalene i Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland (i alt 450 hjemler), Sykehuset Østfold HF tar hånd om avtalene innenfor somatikk i Østfold, mens Psykisk helsevern Østfold HF tar seg av avtalene med psykiatere og psykologer. I helseregion sør og vest er det de regionale helseforetakene som inngår avtalene, men i sør forvaltes avtalene av foretakene. I de to nordligste helseregionene både inngås og forvaltes avtalene av de enkelte helseforetakene.

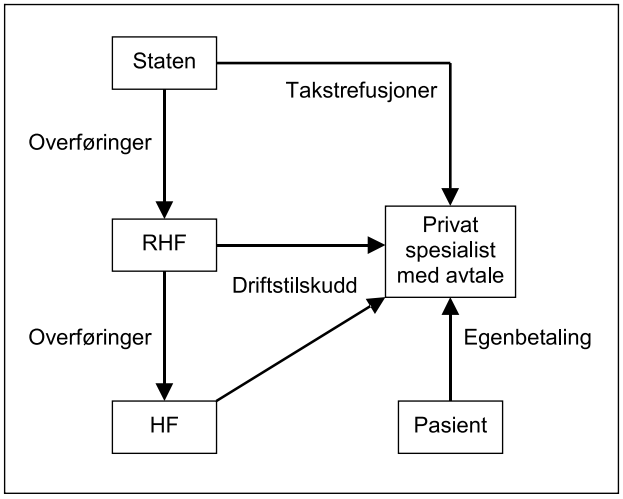
Ingen regionale helseforetak praktiserer henvisningsregler som avviker fra de sentrale avtalene. Det vil i praksis si at dersom takstrefusjoner fra staten skal utløses, må det henvises fra annen lege. I praksis vil da de fleste henvisningene skje fra pasientens fastlege.

Fra 1. januar 2002 får regionale helseforetak DRG-refusjon fra staten når de kjøper dagkirurgisk behandling hos avtalespesialistene. Størrelsen tilsvarer refusjonen for tilsvarende behandling ved offentlig sykehus. Ordningen praktiseres ulikt. Helse Sør RHF har ikke noe organisert system for kjøp av dagkirurgisk behandling fra de private spesialistene. Det er opp til det enkelte helseforetak å inngå avtaler, og fastlegen kan henvise direkte. I følge rapportene fra helseforetakene er omfanget av ordningen lite utbredt. I helseregion øst innhenter helseforetakene anbud blant de private avtalespesialistene. Helse Øst RHF anbefaler oppgjør med 55 prosent av DRG-sats, som tilsvarer den statlige refusjonssatsen. Foretakene har så langt i liten grad vært villig til å satse egne midler. Helse Vest RHF fastsetter DRG-satsen etter forhandlinger med avtalespesialistene. Dersom den DRG-refusjonen som avtales er høyere enn DRG-refusjonen som mottas fra staten, vil Helse Vest betale mellomlegget. Pasienter som blir behandlet hos private spesialister under denne ordningen, må stå på venteliste ved et offentlig sykehus og bli henvist fra sykehus og til den private spesialisten for behandling. Helse Midt-Norge RHF har ikke tatt noen initiativer. Helse Nord RHF har få avtaler om dagkirurgisk behandling hos avtalespesialister. I avtalene som eksisterer, tilsvarer refusjonen til avtalespesialist det det regionale foretaket mottar fra staten. Pasienter som behandles, må henvises fra sykehusenes ventelister.

Alle tre nivåer, staten, regionale helseforetak og helseforetak, er involvert i avtaler og finansiering av de private. Figur 13.1 illustrerer finansieringen av de private avtalespesialistene.

Flere av de regionale helseforetakene utreder endringer av kontrakter med private spesialister.

Helse Øst RHF ser mange utfordringer knyttet til de eksisterende rammeavtalene. Dette gjelder for eksempel klasseinndelingen og oppgjøret ved



Figur 13.1 Dagens finansiering av private avtalespesialister.

Tabell 13.6 Fordeling av folketrygdens refusjoner til psykologer fordelt på regionene i prosent.

RHF	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	
Fordeling av refusjonsutgifter	53	15	21	8	3	100
Fordeling av innbyggere	36	20	20	14	10	100

praksisoverdragelse (goodwilloppgjøret[2]), som finner sted ved flytting av praksis. Det er en viktig avveininger om avtalefullmakten skal delegeres til helesforetak. Det regionale helseforetaket kan ha en egen organisasjon av profesjonelle bestillere, mens helseforetakene vil ha større muligheter til å se koordineringsgevinstene med sykehusene. Helse Sør RHF forbereder anbudsprosess i 2003 knyttet til leveranse av dagkirurgiske operasjoner. Også Helse Midt-Norge RHF utreder muligheter for endringer i kontraktene med de private spesialistene, der forbindelsen mellom sykehusene og spesialistene står sentralt.

13.2.2 Private psykologer

Fra 1. januar 2002 overtok regionale helseforetak ansvaret for å inngå driftsavtaler også med spesialister i klinisk psykologi. De regnskapsførte utgiftene til psykologer fra folketrygden var i 2001 vel 153 mill. kroner. Fra 1. juli 1998 ble det inngått en rekke nye avtaler med psykologer. Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) økte antallet driftsavtaler i den forbindelse fra om lag 100 til om lag 390. Utvalget har ikke gjort nærmere vurdering av ansvaret regionale helseforetak har for psykologtilbudet, men antar at mange av de samme overveielsene som er gjort i forhold til private legespesialister også kan gjøres for de privatpraktiserende psykologene.

Tabell 13.6 kan antyde hvordan psykologene fordeler seg på de ulike regionene.

Tabellen viser at privatpraktiserende psykologer er svært ujevnt fordelt, med et forholdsvis stort tilbud i helseregion øst, og et relativt lite tilbud i region nord.

2. I følge avtalen mellom Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund skal oppgjøret mellom overdragende og overtakende lege omfatte verdien av inventar og utstyr etter takst. Leger som har drevet praksisen mer enn 3 år har dessuten rett til godtgjøring for opparbeidet praksis med inntil 20 % av gjennomsnittlig trygderefusjon og driftstilskudd de siste 3 år. Dersom RHF ønsker å flytte en avtalehjemmel plikter man trolig å gi legen som har avtalen tilsvarende kompensasjon.

13.2.3 Private sykehus

Iversen skiller mellom tre typer private sykehus:

1. Private sykehus som inngikk i de fylkeskommunale helseplanene før den statlige overtakelsen. For Helse Øst RHF gjelder dette Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. Med noen unntak har disse sykehusene samme tjenesteleveranseavtale som helseforetakene som eies av Helse Øst. For Helse Sør RHF gjelder det Betanien, som inngår i Sykehuset Telemark HF. I Helse Vest er det avtaler med Hospitalet Betanien, Haraldsplass diakonale sykehus og Haugesunds Sanitetsforenings Revmatismesykehus. I 2002 utgjør behandlinger i denne typen private sykehus om lag 5 prosent av den ISF-finansierte aktiviteten.
2. Offentlig godkjente private sykehus som i tillegg er godkjent for fritt sykehusvalg (Feiring og Hjertesenteret). Ved disse sykehusene kjøpte det offentlige behandling tilsvarende 15 525 DRG-poeng i 2001. Det utgjør 2 prosent av den ISF-finansierte aktiviteten og tilsvarer om lag 250 mill. kroner i DRG-refusjoner for 2002.
3. Andre offentlig godkjente private sykehus. Data for 2001 viser at det offentlige kjøpte behandling tilsvarende 3200 DRG-poeng fra Volvat Medisinske Senter, Omnia sykehus og Axess-klinikken i 2001. Dette utgjør 0,4 prosent av samlet antall DRG-poeng i offentlige og private sykehus og tilsvarer om lag 51,8 mill. kroner i DRG-refusjoner i 2002. Fra 2002 er også de private sykehusene Spesialistklinikken i Drammen, Medi3 i Ålesund og Ringvoll-klinikken i Østfold inkludert i ISF-ordningen.

Den videre omtalen er konsentrert om de to siste gruppene.

Helse Øst RHF overtok avtaler med Omnia, Axess, Volvat og Feiring fra fylkeskommunene. I år er en avtale mellom Ringvoll-klinikken og Sykehuset Østfold HF kommet i tillegg. De fleste avta-

ler inngås av det regionale helseforetaket. De enkelte helseforetak står fritt til å inngå avtaler i tillegg. Avtalene har pris- og volumkomponenter ved at det avtales en DRG-basert pris med et volumtak. Budsjettet for 2002 til private, utenom de fire store sykehusene (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Martina Hansen og Revmatismesykehuset) og behandling i utlandet, er 324 mill. kroner hvorav 222 mill. kroner kommer fra staten i form av DRG-refusjon. Stort sett kan fastlegen henvise. Det gjelder også om pasientene ikke er ferdig utredet. Men for de avtalene som er en forlengelse av avtalen med Akershus fylkeskommune, må henvisning skje fra spesialist. Pasienttypene som behandles samsvarer med de fagområdene som har lange ventelister: urologi, gynekologi og ortopedi. For 2003 har Helse Øst gått ut med anbud til private sykehus som er godkjent av Helsedepartementet og som ikke mottar basistilskudd fra Helse Øst, i tillegg til spesialister som mottar driftstilskudd av Helse Øst.

Helse Sør RHF inngår selv avtalene, og har gjort det med Volvat, Axess og Drammen Private Sykehus. Det er ingen ramme, men prisen på inngrepene ligger på 70–80 prosent av DRG-pris. For 2002 er stipulerte netto utgifter (eksklusive DRG-refusjon fra staten) på 7 mill. kroner, men kan gjerne bli mer. På områder der Helse Sør har avtale med private aktører (ortopedi, plastikkirurgi og øre-nese-hals) kan fastlegene henvise til private også ved første utredning for medisinske indikasjoner. Grunnen er at det i praksis er svært få sykehusleger som henviser pasientene videre til private aktører som har avtale med Helse Sør. For at pasientene skal ha et reelt privat tilbud er det vurdert som nødvendig at fastlegene kan henvise direkte. Det utredes å ta i bruk anbud fra høsten 2003.

Helse Vest RHF har inngått avtaler med Omnia, Axess og Volvat, og innen psykiatri med Jæren Distriktspsykiatriske Senter NKS. Det er det regionale helseforetaket som inngår avtaler. Det er avtalt en pris på 75–80 prosent av full DRG-pris. Det er ikke tallfestet noe volum i disse avtalene. Helse Vest kan derfor heller ikke oppgi noe eksakt beløp som vil være knyttet til avtalene. Pasienter som behandles ved disse private sykehusene, må først stå på venteliste ved et offentlig sykehus for deretter å bli henvist videre. Volumet vil derfor avhenge av hva de offentlige sykehusene henviser av pasienter som igjen er avhengig av ventelistene.

Også Helse Midt-Norge RHF inngår selv avtalene, og har gjort det med Volvat, Omnia, Axess og Medi3 Ålesund. Det er ikke noe eksakt budsjett knyttet til avtalene, men årlige utgifter anslås til 70 mill. kroner (inkludert røntgen). Pasientene skal være ferdig utredet, men også fastlegen kan henvise. Avtalene er ikke detaljerte med hensyn til pasienttyper, men vesentlige grupper er øre-nese-hals, øye, ortopedisk kirurgi, generell kirurgi og plastisk kirurgi.

Helse Nord RHF har ingen avtaler med private sykehus.

13.2.4 Private laboratorier og røntgeninstitutter

Statens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutter anslås i 2002 til vel 700 mill. kroner. Herav anslås 540 mill. kroner som refusjoner fra folketrygden (jf. St.prp. nr. 26 (2002–2003)), og det øvrige i form av tilskudd fra regionale helseforetak og helseforetakene. Private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter kan kreve takstrefusjon dersom virksomheten er godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Virksomheter som er godkjent etter 1. juni 1987 kan kreve inn takstene når Helsedepartementet har gjort vedtak om det (§ 5–5 Folketrygdloven).

Helse Øst RHF overtok 11 avtaler fra fylkeskommunene, og det er ikke kommet til nye avtaler. Bærum sykehus HF forhandler fram og administrerer avtalene på vegne av Helse Øst. Laboratoriene mottar takstinntekter fra staten i tillegg til midler fra Helse Øst som tilsvarer hva fylkeskommunene betalte. Her var det tidligere variasjoner mellom fylkeskommunene. For 2002 er budsjettet 119,7 mill. kroner. Det antydes at prisforhandlinger i framtida vil foregå på en annen måte enn nå. Siden laboratorie- og røntgensektoren har en støttefunksjon, vil det være mulig å vurdere andre organisasjonsmodeller enn i dag.

Helse Sør RHF overtok også 11 avtaler fra fylkeskommunene. Én av dem er sagt opp, slik at det nå er 10 igjen. Avtalene inngås med Helse Sør og forvaltes av helseforetakene. Netto utgifter er i 2002 stipulert til vel 26 mill.kroner. Siden sykehusene har avtaler, er det ikke opp til den enkelte sykehuslege hvor en prøve eller pasient skal henvises. Det antydes at dette er et område for potensiell konkurranseutsetting, og at uttesting vil starte i begrenset omfang.

Helse Vest RHF overtok fem avtaler med private laboratorier og to med private røntgeninstitutter fra fylkeskommunene ved årsskiftet. Det var knyttet årlige utgifter på 19,4 mill. kroner til disse avtalene. Per i dag har Helse Vest avtaler med tre røntgeninstitutter og fire laboratorier. Det er det regionale helseforetaket som inngår avtaler. Den eneste endringen av avtalene etter årsskiftet er at det ene røntgeninstituttet utvidet avtalen til å gjelde hele helseregionen. For dette instituttet er

avtalen gjort aktivitetsavhengig. Henvisningsreglene følger det statlige regelverket for å få rett til stønad (§ 5–5 folketrygdloven). Det vil si at leger og tannleger kan rekvirere laboratorieundersøkelser, mens i tillegg kiropraktorer kan rekvirere røntgenundersøkelser.

Helse Midt-Norge RHF overtok ingen avtaler fra fylkeskommunene. Per 1. juli 2002 har Helse Midt-Norge avtale med fem private. Det er det regionale foretaket selv som inngår avtalene, som er volumavtaler hvor en viss prosent av trygderefusjonen betales av Helse Midt-Norge.

I helseregion nord har Nordlandssykehuset avtale med Nordland Medisinske Senter (NMS) røntgeninstitutt. Helse Nord RHF har ingen avtaler med private laboratorier.

13.3 Kort beskrivelse av ordninger i andre land

Nederland

Nederland har to parallelle forsikringssystemer (Folmer og Westerhout, 2002), et obligatorisk som omfatter om lag to tredeler av befolkningen, og et frivillig for de med høyest inntekter. Kapasiteten i helsesektoren er strengt regulert med krav om tillatelse til å åpne legepraksis. De fleste legespesialister i Nederland er privatpraktiserende, samtidig som et økende antall blir sykehusansatte. Spesialistene er nokså autonome i forhold til forsikringsselskap og sykehusledelse. Fra 1995 har betalingssystemet for spesialister gått fra aktivitetsavhengige takster til aktivitetsuavhengige budsjetter. Folmer og Westerhout (2002) refererer undersøkelser som tyder på at denne overgangen har medført en reduksjon i veksten i antallet polikliniske konsultasjoner og behandlinger og en økning i andel av pasientene som blir henvist tilbake til allmennpraksis.

Finland

Flertallet av privatpraktiserende legespesialister har hovedstilling ved offentlig sykehus eller helsesenter (Järvelin, 2002). Rundt en tredel av legene med hovedstilling i det offentlige har bieerverv som privatpraktiserende spesialist. Pasientene betaler fullt ut, men kan kreve delvis refusjon av utgiftene fra den offentlige forsikringsordningen. Refusjonsordningen gjelder for tjenester fra enhver privatpraktiserende spesialist. Det refunderes opp til 60 prosent av offisiell takst ved besøk hos privat spesialist. Det er adgang til å sette høyere takster enn de offisielle. Dette innebærer at den offentlige forsikringsordningen refunderer rundt en tredel av pasientenes faktiske utgifter til besøk hos private spesialister. I offentlige sektor må en pasient ha henvisning fra primærlegen for å få adgang til spesialisthelsetjenesten. Det er direkte adgang til private spesialister.

Danmark

I Danmark har de fleste privatpraktiserende spesialister avtale med amtene, mens en håndfull ikke har det (Vallgårda, Krasnik og Vrangbæk 2001). Av private spesialister med avtale er den største andelen fulltidspraktiserende, mens en del sykehusleger også arbeider deltid som privatpraktiserende med avtale med et amt. Amtene avlønner de private spesialistene de har avtale med etter ytelsesbaserte takster. Det er to typer av forsikrede i Danmark. Gruppe 1 tilhører fastlegeordningen og har adgang til spesialister etter henvisning fra fastlegen. Besøk uten henvisning utløser full egenbetaling. Unntaket er besøk til hudlege, øyelege og øre-nese-halslege. Tilhører man gruppe 2 (1,7 prosent av befolkningen) kan man oppsøke den allmennlege man ønsker samt enhver spesialist uten henvisning. Besøket betales da fullt ut av pasienten.

Sverige

I Sverige er landstingene ansvarlige for spesialisthelsetjenesten, herunder å inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister. Privatpraktiserende spesialister med avtale mottar ytelsesbaserte takster som er forhandlet nasjonalt og betalt av landstingene. I tillegg mottar de egenbetaling fra pasientene etter satser bestemt av det enkelte landsting. Det er en viss variasjon mellom landsting med hensyn til avlønningsordninger. Det er på nasjonalt plan fastsatt et tak for hvor mye egenbetaling en pasient kan betale i løpet av et år. Generelt er det ikke nødvendig med henvisning fra allmennlege for å oppsøke spesialist.

Tyskland

I Tyskland er det sosialforsikringen og kommersiell forsikring som betaler helsetjenesteyterne. Privatpraktiserende spesialister utgjør om lag 60 prosent av alle leger med praksis utenfor sykehus (Busse 2000). Rundt 5 prosent av de privatpraktiserende spesialistene har adgang til også å behandle pasientene ved sykehusinnleggelse. På den annen side har enkelte sykehusbaserte leger rett til å behandle pasienter privat utenfor sykehuset. Det

er i praksis ingen henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten. Pasienter kan velge fritt blant allmennleger og spesialister som har kontrakt med sykekassen de er tilsluttet. De privatpraktiserende legene blir avlønnet etter en poengskala der antall poeng for en tjeneste gjenspeiler relativ ressursbruk. Hvor mange Euro et poeng er verdt, blir avgjort av budsjettene som er forhandlet mellom sykekassene og legeforeningene samt det samlede antall poeng legene oppnår hvert kvartal. Det er etablert kontrollmekanismer for leger som viser seg å ha særlig tjenesteintensiv praksis.

England

Så godt som alle legespesialister i England er sykehusansatte med fast lønn. Det blir anslått at over 17 000 sykehusbaserte spesialister utøver privat praksis ved siden av (Robinson 1999). Overleger med heltidsansettelse i National Health Service kan tjene inntil 10 prosent av sin bruttoinntekt privat. Den private inntekten kommer enten via pasienters egenbetaling eller som ytelsesbasert inntekt fra privat forsikring. Det har lenge vært en opphetet diskusjon i England om hvorvidt disse kontraktene virker negativt på hvordan legene skjøtter sine oppgaver ved de offentlige sykehusene.

Frankrike

Frankrike har et todelt forsikringssystem med en obligatorisk offentlig finansiert del og en del som dekkes av tilleggsforsikring. Åtti prosent av befolkningen er nå dekket av tilleggsforsikring (Imai et al 2000). Tilleggsforsikringen dekker stort sett pasientenes egenbetaling. Oppgjør med privatpraktiserende spesialister skjer ved hjelp av ytelsesbaserte takster. Det klages over at justeringene av takstsystemet ikke holder tritt med utviklingen i undersøkelses- og behandlingsteknologi. En firedel av legene har rett til å kreve takster som er høyere enn de offisielle på grunn av spesielle kvalifikasjoner. Ikke alle tilleggsforsikringer dekker avviket mellom faktiske og offisielle takster. Tilgangen på spesialister er god, og det er ingen henvisningsplikt.

Belgia

De fleste spesialister i Belgia er privatpraktiserende (Kerr 2000). Flertallet driver solopraksis, selv om omfanget av gruppepraksis er økende. Det er ikke noe skarpt skille mellom allmennpraktiserende leger og spesialister, siden pasienter ofte vil oppsøke en spesialist som sin første kontakt. Det er dermed heller ingen henvisningsplikt for adgang til spesialisthelsetjenesten. Legene blir betalt med ytelsesbaserte takster. Sosialforsikringen refunderer rundt 75 prosent av konsultasjonskostnaden til pasientene, slik at egenbetalingen utgjør 25 prosent. Mindre enn én prosent av legene er ansatt på fast lønn. Også spesialister i sykehus avlønnes etter ytelsesbestemte takster, gjerne med innslag av gruppeavlønning.

USA

Tradisjonelt har USA vært forbundet med privatpraktiserende leger og oppgjør etter medgåtte utgifter (retrospective reimbursement). Forsikrede pasienter har fått utgiftene refundert fra sitt forsikringsselskap (indemnity insurance). Med managed care har forsikringsselskapene utviklet måter å styre tjenester og pasientstrømmer på. Formålet er å redusere kostnadene og i mange tilfeller bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det siste har kommet i bakgrunnen i den til dels voldsomme debatten om managed care i USA. (Se Dranove 2000 for redegjørelse av innholdet i managed care.) Det store flertallet av de som er forsikret gjennom arbeidsplassen, har nå kontrakter som innebærer managed care i en eller annen variant, fra Health Maintenance Organizations med krav om å velge fastlege, henvisningsordninger og begrenset valg av lege og sykehus til mer fleksible (og dyrere) ordninger som Preferred Provider Organizations and Point of Service Plans. Med managed care kom også nye oppgjørsordninger til legene som ledd i å påvirke ressursbruken. Robinson (1999) gir en oversikt over oppgjørsordninger basert på sju store legefellesskap i San Francisco. I undersøkelsen er det to grupper av leger, primærleger (primary care physicians) og spesialister (specialists). For begge grupper er det avlønningsordninger med flere komponenter, men ulike komponenter for de to gruppene avhengig av ulike oppgaver. For primærlegene, inkludert barneleger, indremedisinere og gynekologer, er den ene komponenten per capita-tilskudd avhengig av antall personer som valgte vedkommende som sin faste primærlege. Per capita-tilskuddet er justert etter indikatorer på pasientsammensetning for å motvirke fristelsen til å skumme fløten ved å tiltrekke seg bare friske pasienter. For å motvirke unødvendige henvisninger og kostnadsrisiko for primærlegene er det fee-for-service for tjenester som ligger i gråsonen mellom primærlegens og spesialistens oppgaver, og som det er ønskelig at primærlegen utfører. Det samme gjelder for forebyggende hel-

setjenester som blir prioritert av ulike grunner. En av legegruppene bruker utelukkende fee-for-service for primærlegene.

Også for spesialister er per capita-avlønning en av flere komponenter, men på en litt annen måte enn for primærlegene. Hver spesialist inngår i en gruppe (department) som får et gitt budsjett avhengig av antallet personer den har ansvaret for. Den enkelte spesialist blir så betalt på en av tre måter. Noen bruker fee-for-service med poengberegning. Hva poengene vil kaste av seg økonomisk, vil avhenge av totalbudsjettet i forhold til det samlede antall poeng i gruppen. Dette systemet har med andre ord likheter med det tyske. Flertallet av legegruppene avlønner spesialistene i forhold til antall pasienter de behandler i løpet av en periode, noe som i mange tilfeller vil samsvare med antallet henvisninger fra primærlegene. Den tredje måten er kombinasjon av fee-for-service og antall behandlede pasienter. Hvilken av de tre måtene som blir brukt overlates til medlemmene i hver spesialistgruppe å bestemme.

Flere avlønningsmåter kombineres for på balansere ulike hensyn. For eksempel oppmuntrer per capita-tilskudd til å ta hånd om mange pasienter, men fee-for-service oppmuntrer til å yte tjenester til pasientene som mottas.

Som resultat av at managed care er blitt svært upopulært blant mange sentrale aktører (Robinson 2001), har nå mange forsikringsselskap igjen gitt pasientene større valgmuligheter med hensyn til lege og sykehus. Delvis som en følge av dette, blir det igjen mer vanlig med mindre per capita-betaling og mer fee-for-service til legene. En undersøkelse gjort av Robinson and Casalino (2001) av legegrupper i California og New York viser en tendens til at forsikringsselskapet nå i mindre grad inngår per capita-kontrakter med legegruppene. Et resultat av turbulensen rundt managed care kan være at større valgfrihet og fee-for-service er på vei tilbake. Strunk, Ginsberg og Gabel (2001) mener allerede å se resultatene av dette i form av økt vekst i forsikringspremiene (11 prosent vekst fra 2000 til 2001).

13.4 Måloppnåelse med dagens ordninger for private spesialister

Den offentlig finansierte private spesialisthelsetjenesten skal bidra til at de samfunnsmessige målene for helsesektoren oppfylles. Det er mangelfull kunnskap om virksomheten til private spesialister (Hellandsvik 2002). Dermed er det heller ikke godt å vite hvordan resultatene av dagens system er i forhold til samfunnsmessige mål. De følgende undersøkelsene gir likevel et visst innblikk.

Jørgenvåg, Paulsen og Magnussen (2000) sammenlikner privatpraktiserende spesialister og offentlige poliklinikker med hensyn til pasientsammensetning, omfanget av og innholdet i praksisen, og kostnader. Prosjektet er avgrenset til Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal, og omfatter spesialitetene indremedisin, øre-nese-hals og øye. Undersøkelsen viser at de private spesialistene utgjør en betydelig andel av det samlede tjenestetilbudet innen sine områder. Innenfor øyesykdommer har man data for i alt åtte private spesialister med heltidspraksis. Det viser seg at antallet konsultasjoner hos de private spesialistene i registreringsmåneden er lik antallet polikliniske konsultasjoner ved øyeavdelingene ved sykehusene i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Man mangler da data for to private heltidspraksiser. Innen øre-nese-hals utgjør det registrerte antallet konsultasjoner hos private spesialister rundt 40 prosent av antallet i sykehusenes poliklinikker, mens det tilsvarende tallet er 25 prosent for indremedisin. I indremedisin er imidlertid sammenlikningsgrunnlaget vanskelig å etablere.

Informasjon om arbeidsdelingen mellom private spesialister og sykehusenes poliklinikker er viktig. Er det slik at de konkurrerer om de samme pasientene, eller samarbeider de om å utfylle hverandre i behandlingskjeden? Her synes etablert praksis å variere. Innenfor øyesykdommer er det en uttalt arbeidsdeling innenfor de store diagnosegruppene. For eksempel går pasienter med grønn stær til regelmessig kontroll hos private spesialister. Hvis det oppstår komplikasjoner, henvises pasienten til en egen grønn stær-seksjon ved sykehuset. Tilsvarende gjelder med kontroll med øyebunnsforandringer hos diabetikere. Ved utredning og behandling med laser henvises pasientene til sykehuset. Ved grå stær foregår den første konsultasjonen etter henvisning fra allmennlege hos privat spesialist. De som blir vurdert å trenge operasjon, blir henvist til sykehuset. Der blir de operert, og deretter henvist tilbake til den private spesialisten for etterkontroll. Denne arbeidsdelingen synes å samsvare godt med den tredeling av nivåene som leder av Praktiserende spesialisters landsforening, Harald Guldsten, ga uttrykk for på utvalgets seminar 29. august 2002. Han karakteriserte primærhelsetjenesten som førstelinjetjeneste, praktiserende spesialister som andrelinjetjeneste og sykehus/poliklinikker som tredjelinjetjeneste. Han framhevet spesielt at det innen øyefaget i Trondheim er oppnådd en betydelig gevinst i form av bedre pasientflyt, mindre dobbeltutredning og mer

effektiv utnyttelse av spisskompetansen i sykehuset.

Innen øre-nese-hals er inntrykket at samarbeidet er mindre uttalt. Både tall- og intervjumaterialet gir inntrykk av at identiske tilfeller behandles både på sykehus og hos private spesialister. For eksempel finner forfatterne ingen forklaring på hvorfor så mange flere pasienter med tunghørthet behandles på sykehusene enn hos private spesialister.

Innenfor indremedisin karakteriseres samarbeidet mellom poliklinikk og private spesialister som godt. De private spesialistene som intervjues, oppfatter seg som et bindeledd mellom allmennpraktikere og poliklinikkene.

Det lille utvalget i undersøkelsen gir ikke grunnlag for generelle konklusjoner med hensyn til hvordan samspillet mellom fastlegene, de private spesialistene og sykehusene fungerer. Dette burde være en spore til å gjøre tilsvarende undersøkelser også i andre deler av landet.

Fram til nå har det gjennomgående vært stor pågang av pasienter i forhold til kapasiteten innenfor spesialisthelsetjenesten, med mulighet for stor belastning av den enkelte spesialist. Dette har trolig vært en viktig oppmuntring til hensiktsmessig arbeidsdeling. Med den store økningen av nyutdannede leger framover er det grunn til å tro at tilbudet av spesialister blir større om noen år. Ved bedre legedekning vil ikke presset for en god arbeidsdeling være like stort. Det kan derfor være nødvendig å etablere organisatoriske og økonomiske mekanismer som oppmuntrer til hensiktsmessig arbeidsdeling.

Jørgenvåg, Paulsen og Magnussen (2000) sammenlikner også kostnadene per konsultasjon mellom poliklinikker og private spesialister. De finner betydelig lavere kostnader per konsultasjon hos private spesialister enn i poliklinikker. Så lenge konsultasjonene ikke er korrigert for eventuelle forskjeller i pasientsammensetning, kan man ikke slutte fra dette at de private spesialistene er mer produktive enn poliklinikkene. Som forfatterne selv skriver, er det en viktig utfordring å finne ut hvor mye av forskjellene i kostnadene per konsultasjon som skyldes forskjeller i produktivitet og hvor mye som skyldes forskjeller i pasientsammensetning.

Dag Bratlid (2002) reiser spørsmålet om tilstrømningen av pasienter til norske sykehus er i ferd med å avta. Med data fra Regionsykehuset i Trondheim for perioden 1996–2000 viser han at antallet nyhenviste pasienter (innleggelser eller konsultasjoner) falt med om lag 15 prosent. Samtidig var det en økning i antallet innleggelser (5,7 prosent) og polikliniske konsultasjoner (15 prosent). Det ser dermed ut til at hver behandling består av flere innleggelser og polikliniske kontakter i 2000 enn i 1996. Dette stemmer med at antall kontrollpasienter på poliklinikken økte med 27 prosent. Det var stor variasjon fra avdeling til avdeling. Det kan hevdes at resultatene fra Bratlids undersøkelse ikke samsvarer helt med den arbeidsdelingen mellom private spesialister og sykehusene som Jørgenvåg, Paulsen og Magnussen (2000) finner. Som tidligere referert vektlegger de at privatpraktiserende spesialister utfører kontrollene etter henvisning fra sykehuset.

Iversen og Kopperud (2002) undersøker, ved hjelp av behovs- og tilgjengelighetsdata på individnivå, faktorer som påvirker bruken av offentlig finansierte spesialisthelsetjenester. Spesiell oppmerksomhet rettes mot effektene av individenes helse og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Datamaterialet består av Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 1998, data fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenestes kommunedatabase og en egen tilgjengelighetsindeks for spesialisthelsetjenesten. De finner at personer som opplever egen helse som middels god, bruker helsetjenester fra offentlige sykehus mindre enn personer som opplever egen helse som meget dårlig og dårlig. Bruken av privatpraktiserende spesialister synes derimot å være uavhengig av om pasienten har middels eller dårlig/meget dårlig selvopplevd helse. Tilsvarende finner de signifikante tilgjengelighetseffekter for bruk av privatpraktiserende spesialister, men ikke for bruk av offentlige sykehustjenester. Det indikerer at skjevfordelingen av private spesialister i forhold til innbyggertall som vist i tabell 13.2 har konsekvenser for innbyggernes faktiske bruk av tjenester. Forfatterne tolker resultatene som en antydning av at privatpraktiserende spesialister oppfattes som et alternativ til allmennpraktiserende leger, og at målet om lik tilgang til privatpraktiserende spesialisthelsetjeneste ikke er nådd. Resultatet kan imidlertid også tolkes som en bevisst arbeidsdeling mellom sykehus og private spesialister, der de private spesialistene tar hånd om mindre krevende pasienter enn hva sykehusene gjør.

Utfordringene knyttet til måloppnåelse ved bruk av private spesialister kan oppsummeres slik:

- Det er lite kunnskap om virksomheten. Som gjennomgangen av de få undersøkelsene viser, er det lite systematisert kunnskap om virksomheten og resultatene av virksomheten i privat spesialistpraksis. Bortsett fra enkeltstående eksempler vites det for eksempel ikke om kroniske pasienter får så god behandling som forventet. En vet heller ikke om arbeidsdelingen mel-

lom fastleger, private spesialister og sykehus og eventuell koordinering av tilbudet er til beste for pasientene, om det gir en kostnadseffektiv arbeidsdeling mellom nivåene, og om det gir prioriteringseffektivitet i den forstand at de uttrykte prioriteringsmålene oppfylles.
- Det er for lite aktiv styring av virksomheten som skjer hos de private spesialistene. Det kan både skyldes for lite informasjon om virksomheten, men også at de styringsmulighetene som ligger i avtaleverket benyttes i for liten grad.
- Det er en geografisk skjev allokering av offentlige ressurser til den private spesialisthelsetjenesten. Iversen og Kopperud (2002) viser at ulikheter i tilgjengelighet avhengig av geografi slår ut i ulikheter i bruk for tilsvarende helsetilstander.

13.5 Pasientrettigheter og fritt sykehusvalg

De private aktørene har holdt fram for utvalget at det er viktig at pasientenes rettigheter styrkes. De viser da særlig til pasientenes rett til å velge hvor de skal behandles.

I diskusjonen om pasientenes rettighet til å velge også private sykehus, må det tas i betraktning at det bare dreier seg om valg ved elektiv (planlagt) behandling.

Utvalget viser til omtale i kapittel 4.4 som gir status for pasientrettighetene per i dag, og også redegjør for hvordan regjeringen har foreslått å utvide disse. Enkelte av forslagene berører de private tjenesteyterne spesielt. Disse er oppsummert punktvis her,
- Alle private sykehus som inngår avtale om fritt sykehusvalg med regionale helseforetak inkluderes i fritt sykehusvalg.
- Fritt sykehusvalg gjøres landsomfattende, og pasienters rett til å benytte for eksempel private sykehus, skal være uavhengig av bosted.
- Det regionale helseforetak der pasienten er bosatt har ansvaret for å dekke kostnadene.
- Regionale helseforetak kan inngå felles avtaler der alle regionale helseforetak er omfattet. Regionale helseforetak eller helseforetak kan også inngå avtaler som begrenser seg til kjøp av enkelttjenester. Regionale helseforetak kan også avtale behandlingsvolum, felles eller enkeltvis.
- Staten skal ikke fastsette normerte priser for kjøp av helsetjenester fra private sykehus.
- Private avtalesykehus må ta inn pasienter og prioritere pasienter i henhold til overordnede prioriteringer og målsettinger som er satt for den offentlige helsetjenesten.
- Et sentralt, statlig organ skal finne behandlingssted på vegne av pasienter som har fått sin tidsfrist overskredet. Dette organet kan ta i bruk ledig kapasitet også hos private tjenesteytere.

Avhengig av hvordan avtalene mellom regionale helseforetak og de private utformes, vil det være noen begrensninger i pasientenes valgfrihet. Volumtak vil for eksempel kunne medføre at pasientene ikke lenger kan henvises til private sykehus mot slutten av en periode. Regionale helseforetak kan også velge å inngå avtaler med private knyttet til enkelte pasientgrupper, det vil si at ikke alle pasienter får denne valgfriheten. Det er grunn til å forvente at regionale helseforetak vil prioritere avtaler med private for pasientgruppene som omfattes av individuelle frister. Dersom regionale helseforetak skal ha en styringsmulighet, og kunne velge å bruke private på de områdene hvor det er mest ønskelig, må slike begrensninger i valgfriheten til pasient og fastlege, etter utvalgets vurdering, aksepteres.

Dersom pasienter i stor grad velger private sykehus, er det mulig at disse sykehusene vil få for liten kapasitet, og at pasientene må vente lenger på behandling. Det er da viktig at også de private sykehusene prioriterer i tråd med offentlige retningslinjer. På lenger sikt kan dette problemet avhjelpes ved at kapasiteten hos private eller offentlige sykehus bygges ut. Muligheten for at det skal skje hos de private sykehusene vil blant annet være avhengig av statens styring av sengetall.

13.6 Utvalgets vurderinger

Utvalgets vurderinger i dette kapitlet knytter seg til forholdet regionale helseforetak har til de private aktørene, og finansieringen av tjenester som regionale helseforetak kjøper av de private. Forslag som gjelder hvordan staten kan finansiere regionale helseforetaks pasientbehandling (både hos offentlige og private tjenesteytere), er omtalt i kapittel 15.

13.6.1 Utvalgets evalueringskriterier anvendt på finansiering av private aktører

I kapittel 7 nevner utvalget sine hovedkriterier for evaluering av finansieringssystemer. I dette avsnittet redegjør utvalget for hvilke av disse kriteriene som vil være vesentlige i vurderingen av finansieringen av private aktører.

- God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester med hensyn til at ventetider til elektiv behandling skal være forsvarlige. Dette kriteriet er relevant i vurderingen av å anvende private tilbydere for å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.
- Valgfrihet innebærer realisering av pasientenes lovfestede rett til å velge mellom alternative tilbydere, herunder også private.
- Kostnadseffektivitet er også et relevant kriterium. Utvalget har ikke hatt tilgang til dokumentasjon som viser om private aktører faktisk er mer kostnadseffektive enn det offentlige. Det skyldes at det kan være ulikheter i pasienttyngde som sammenliknende undersøkelser ikke korrigerer for. Men uansett vil konkurransen som de private aktørene gir kunne bidra til økt kostnadseffektivitet, både hos private og offentlige aktører.
- Prioriteringseffektivitet innebærer både at helsetjenestene ytes i et omfang som er samfunnsmessig ønskelig, det vil si at nytten for samfunnet vurderes som høyere enn kostnadene, og at sammensetningen av tjenestene reflekterer helsepolitiske målsettinger innenfor tildelte økonomiske rammer. Dette kriteriet er et viktig premiss for at utvalget foreslår å legge til rette for at regionale helseforetak skal få større styring med hvilke tjenester og på hvilke områder de velger å bruke private.
- Forutsigbarhet som innebærer at økonomiske virkemidler som f.eks. priser og aktivitetskrav ikke endres underveis i budsjettåret. Utvalget legger til grunn at det må inngås gjensidig forpliktende avtaler mellom de private aktørene og regionale helseforetak som kan redusere usikkerhet. Det nye systemet for håndtering av realkapital kan også legge bedre til rette for mer langsiktige avtaler.

13.6.2 Utvalgets vurderinger og forslag

I det følgende omtaler og vurderer utvalget ulike tiltak for å få bedre ressursutnyttelse av de offentlige midlene som anvendes hos private aktører.

Utvalgets hovedvurdering av den offentlige finansieringen av bidragene fra de private aktørene, er at den må være under offentlig styring. Det innbærer blant annet at retningslinjer for prioritering må være avgjørende for hvilke tjenester det offentlige kjøper av de private tjenesteyterne. Som utvalget kommer tilbake til i kapittel 15, ser en det som hensiktsmessig at finansieringen av de privates tjenester i større grad kanaliseres via regionale helseforetak. Det vil understøtte muligheten regionale helseforetak har for å ivareta sørge for-ansvaret. Utvalget har ikke dannet seg noe bilde av hva omfanget av bruken av private bør være. Det vil her kunne være forskjeller mellom regionale helseforetak. Hovedkonklusjonen til utvalget er at de statlige midlene som anvendes hos private tilbydere må komme under mer enhetlig styring. Dette gjelder i særlig grad midlene som utbetales til de private spesialistene.

Utvalget har vurdert et forslag om å opprette en egen bestilleravdeling i regionale helseforetak, jf. omtale i kapittel 8. Dette vil kunne være ønskelig, sett fra de private aktørenes synspunkt. Men utvalget har konkludert med at det ikke vil være en gunstig helhetsløsning, og at forholdet til private tjenesteytere kan håndteres innenfor dagens organisatoriske modell. Utvalget viser også til at organiseringen av regionale helseforetak organisering fortsatt er i endring. Blant annet har Helse Øst RHF nå valgt å opprette en egen bestillerfunksjon. Etter utvalgets vurdering bør en unngå løsninger hvor regionale helseforetak delegerer til foretakene å inngå avtaler med private. Eier bør derfor påse at de organisatoriske løsningene som velges i regionale helseforetak synliggjør bestillerfunksjonen. Bestillerfunksjonen må ikke knyttes direkte opp mot det regionale helseforetakets egne foretak. Utvalget foreslår derfor at private helsetilbydere skal inngå avtaler direkte med regionale helseforetak, og ikke med de enkelte helseforetak.

Utvalget mener at staten som eier må følge med på de private aktørenes situasjon, ikke for å sikre posisjonen for etablerte aktører, men for å bidra til effektiv ressursbruk i sektoren. Det er en viktig del av eierstyringen å sørge for at regionale helseforetak velger de beste løsningene for å forsyne befolkningen med helsetjenester.

Utvalget viser til at det i forbindelse med forslaget om å styrke pasientrettighetene er foreslått å opprette et sentralt, statlig organ som skal finne behandlingssted på vegne av pasienter som har fått sin tidsfrist overskredet. Dersom forslaget gjennomføres, vil det innebære at en får en alternativ bestillerfunksjon som ligger utenfor regionale helseforetak.

Reglene for hvem som kan henvise pasientene er viktige for de private aktørene. Regionale helseforetak står fritt til å inngå samarbeidsavtaler som gir mulighet for direkte henvisning fra primærhelsetjeneste til privat sykehus eller privatpraktiserende avtalespesialist. Utvalget kjenner til at praksis i regionale helseforetak varierer på dette feltet (Iversen, 2002). Utvalget mener at regionale helseforetak snarest mulig bør legge opp til en praksis med direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til de private sykehusene og spesialistene som regionale helseforetak har avtale med.

13.6.3 Anbud og langsiktighet

I mandatet er det lagt vekt på at «private tjenesteytere skal utnyttes best mulig». Utvalget mener at regionale helseforetak bør gjennomgå sin virksomhet med tanke på å konkurranseutsette deler av den. Anbudskonkurranse mellom private virksomheter og mellom private og offentlige virksomheter vil være et sentralt virkemiddel.

På grunn av den skjeve geografiske fordelingen av de private aktørene, kan en tenke seg at det endelige omfanget av tjenester som kjøpes fra private vil variere mellom regionene, slik som tilfellet også er i dag.

I anbudskonkurranser vil det være viktig at type tjenester, omfang og kvalitet blir godt definert. Forutsatt at regionale helseforetak legger til rette for anbudskonkurranse hvor de potensielle tjenesteyterne stilles likt, må regionale helseforetak uavhengig kunne vurdere:

- Hvilke typer tjenester som kan kjøpes (for eksempel utredningstjenester, poliklinisk behandling, inneliggende behandling).
- Hvilken type private aktører det er mest lønnsomt å inngå avtaler med (spesialister, sykehus, laboratorier eller røntgeninstitutt).
- Økonomisk omfang av avtalene og antall avtaler.
- Geografisk beliggenhet. For å sikre konkurranse kan det være hensiktsmessig å inngå avtaler med private tilbydere i andre helseregioner, eller i andre land.

Utvalget foreslår at det skal være opp til forhandlingspartene å bli enige om hvordan avtalene utformes.

Når private tjenesteytere forhandler med det offentlige, bør også behovet for utstyr og kapital være et moment i avtalene. Forhandlingspartene bør vurdere om det vil være mulig å leie utstyr og lokaler av hverandre. En mulighet er også at tjenester som krever store investeringer, for eksempel røntgen, kjøpes inn som tjeneste fra en tredjepart. Dersom en privat tjenesteyter skal gjøre store investeringer i forbindelse med en avtale med et regionalt helseforetak, er det rimelig at det regionale helseforetaket også legger til grunn at det skal være en avkastning på egenkapitalen for eierne. Avkastningen bør ses i forhold til bl.a. varigheten av avtalen. En langsiktig avtale reduserer risikoen for den private tjenesteyteren. Fra private aktører er det anført at tilbud om ettårige avtaler med regionale foretak hemmer mulighetene for satse på utvidet samarbeid med det offentlige. Utvalget har forståelse for at private aktører må ha en viss langsiktighet i avtaler med regionale helseforetak som grunnlag for investeringsbeslutninger. Det bør derfor legges til rette for at det etableres forutsigbare rammevilkår for private aktører som utførere av prioriterte oppgaver på oppdrag fra regionale helseforetak. Utvalget foreslår derfor at regionale helseforetak må utvikle avtaler som gir nødvendig langsiktighet i samarbeidet med private aktører.

Det vil være et nasjonalt politisk hensyn å styre andre rammebetingelser som legger begrensninger på de private aktørene. Dersom for eksempel sengetallet hos private sykehus utgjør en flaskehals, slik at regionale helseforetak ikke kan kjøpe inneliggende behandling av private sykehus i ønsket omfang, må Helsedepartementet vurdere hvilket hensyn som skal veie tyngst; regionale helseforetaks ønsker om å kjøpe mer tjenester, eller en samlet nasjonal styring av sengetallet.

I denne sammenhengen mener utvalget at evalueringskriteriet om kostnadseffektivitet er relevant fordi regionale helseforetak, ved å sette ut tjenesteområder på anbud, kan bruke konkurranse mellom ulike aktører for å få mer pasientbehandling ut av midlene. Dette gjelder også i forhold til offentlig virksomhet fordi bruk av anbud, eller beskjed om at dette vil kunne brukes, kan presse fram en effektivisering av den offentlige virksomheten.

13.6.4 Poliklinisk aktivitet ved private sykehus

Representanter for private sykehus har overfor utvalget gitt uttrykk for at det oppleves uhensiktsmessig at deres aktivitet kun kan utløse ISF-refusjon til regionale helseforetak, samtidig som en er avskåret fra å utløse polikliniske refusjoner. Det er anført at manglende adgang til å utløse poliklinikkrefusjon kan stimulere private sykehus til å foreta utilsiktede vridninger av aktiviteten. Etablering av lave terskler for iverksetting av aktiv behandling og for lite innsats rettet inn mot utredning av pasi-

enter er mulige uheldige utslag av dagens begrensninger på mulighetene til å motta refusjon for poliklinisk aktivitet.

Utvalget viser til sitt forslag om at de poliklniske refusjonene som utbetales til offentlige poliklinikker og private spesialister oppheves og at midlene overføres til regionale helseforetak, jf. kapittel 15. Utvalget viser til begrunnelsen for dette forslaget, og legger derfor til grunn at dagens finansieringsordning for offentlige poliklinikker ikke bør utvides til også å gjelde private spesialister. Utvalget anbefaler imidlertid at poliklinisk aktivitet ved de private sykehusene, som utføres etter avtale med regionale helseforetak, også skal utløse poliklinisk refusjon til det regionale helseforetaket, på lik linje med aktivitet ved de offentlige poliklinikkene. Hovedmodellen for finansiering som blir valgt vil så avgjøre hvordan dette påvirker inntekten til regionale helseforetak, uavhengig av om behandlingen er utført av offentlige eller private tilbydere. Da vil regionale helseforetak kunne velge mellom poliklinisk virksomhet i offentlig eller privat regi uten å påvirkes av den statlige finansieringen.

Forslaget innebærer at forskrift av 1. desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak endres slik at den også omfatter private sykehus sin poliklniske virksomhet.

13.6.5 Nærmere om inntektsordningen for private spesialister

Utvalget ser det som et problem med dagens bruk av private spesialister at det er for lite kunnskap om tjenestetilbudet og for lite bevisst bruk av spesialistene. Utvalget vurderer det som viktig at regionale helseforetak som del av sitt sørge for-ansvar utvikler strategier for å utnytte potensialet hos de privatpraktiserende spesialistene. Regionale helseforetak må da vurdere nærmere de ulike elementene i legenes avlønningsform med sikte på tilpasninger ut fra regionens behandlingsbehov. Både de private legespesialistene og regionale helseforetak bør kunne se hensiktsmessigheten i større fleksibilitet enn det som ligger i dagens nasjonale avtalestruktur.

Dersom en velger å desentralisere fastsettelsen av inntektsordningen, er ikke det til hinder for at regionale helseforetak kan fortsette med ytelsesbaserte takster. Det kan til og argumenteres for at dette i en viss forstand bør skje i sterkere grad enn i dag, ved at ordningen med driftstilskudd legges om.

Driftstilskuddet er avhengig av hvor mye innsatsfaktorer i form av hjelpepersonell og utstyr som brukes i praksisen. Fordelen med dette er at legen får et fast tilskudd til å dekke sine faste kostnader. Ulempen er den manglende koblingen mellom utbetalingen og de reelle resultatene av virksomheten. For eksempel vil samlokalisering av flere spesialister i mange tilfeller trolig kunne innebære kostnadsreduksjoner i form av redusert arealbehov og bedre utnyttelse av hjelpepersonell og medisinsk utstyr. I tillegg vil et større kollegialt miljø i mange tilfeller være til gunst for både pasienter og kolleger. Men under dagens ordning vil slike kostnadsreduksjoner kunne medføre at legen ikke lenger oppfyller kravene til tilskuddsklasse, og dermed blir driftstilskuddet redusert.

Etter utvalgets vurdering, bør avlønningen i større grad kobles til ta ansvar i en helhetlig pasientomsorg, og det må vurderes å inngå avtaler som ikke er knyttet til bruk av innsatsfaktorer. Det kan for eksempel tenkes opplegg der de private spesialistene påtar seg et helhetlig ansvar for å følge opp en bestemt gruppe pasienter. Det kan være astmatikere, diabetikere eller andre grupper kronikere som trenger et permanent tilbud over tid. Avlønningen kan baseres på et «per kroniker»-tilskudd eller anbud. I rapporten fra Tor Iversen er det for øvrig drøftet ulike elementer i avlønningssystemet for private spesialister.

13.6.6 Private laboratorier og røntgeninstitutter

Utvalget viser til forslaget som er omtalt under kapittel 15 om å overføre refusjonene for laboratorie- og røntgenvirksomhet til regionale helseforetak. Dersom forslaget gjennomføres, vil det være opp til regionale helseforetak å vurdere om de ønsker å videreføre et system med takster, eller om avtaler bør utformes på andre måter.

Røntgen og laboratorieprøver er støttetjenester som må sees i sammenheng med behandlingen. Utvalget vil påpeke at laboratorie- og røntgentjenester kan være egnet for å sette ut til anbudskonkurranse. De eksisterende avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutter er tidsavgrensede, og det ligger ikke vesentlige bindinger som hindrer at partene kan inngå nye avtaler.

Behovet for røntgen og prøver bestemmes av legen, og nytten må vurderes mot kostnaden. Derfor bør regionale helseforetak vurdere om en kan benytte internprising av disse tjenestene i større

grad, også internt i de offentlige sykehusene. Dette vil bidra til å synliggjøre kostnader internt i foretakene, og til å redusere unødvendig prøvetaking. Det vil også legge forholdene bedre til rette for en sammenlikning med private tjenesteytere. Utvalget viser for øvrig til kapittel 9 hvor utvalget blant annet vurderer hvordan regionale helseforetak kan finansiere virksomheten ved offentlige laboratorier og røntgenavdelinger.

13.6.7 Praksisundervisning hos private

Det er pekt på at det er mangel på praksisplasser, særlig for grunnutdanningene innen helsefag. Ved hjelp av driftsavtalene kan regionale helseforetak i større grad stille krav om at studenter også kan få praksis hos private aktører. Det vil avhenge av forhandlinger mellom regionale helseforetak og de private hvordan tilretteleggelse for praksisundervisning kan inngå i avtalene.

Behovet for at legestudenter skal være med på å gjøre utredninger av pasientene oppgis som en mulig årsak til såkalte dobbeltutredninger, det vil si at pasienten før operasjon først utredes hos en privat spesialist, og så utredes på ny ved sykehus der studentene befinner seg. Dette er også et argument for at universitetene og regionale helseforetak bør vurdere å la legestudenter i større grad få praksis hos private.

Kapittel 14
Finansiering av helsetjenester fra Rikstrygdeverket

14.1 Innledning

Her diskuteres ordninger for kjøp av helsetjenester i regi av Rikstrygdeverket. Det har siden 1988 vært bevilget midler til de såkalte sykepengeprosjektene. Bakgrunnen for disse bevilgningene er et ønske om å se utgifter til behandling og utgifter til sykepenger i sammenheng. Hensikten med ordningene har vært å redusere ventetid på behandling, bidra til økt friskmeldingsgrad, raskere retur til arbeidslivet og reduksjon i sykepengeutbetalingene. Det har også eksistert ordninger for kjøp av helsetjenester i utlandet. Disse har dekket flere ulike behov. Det har vært vurdert et behov for behandling på områder der det ikke har eksistert tilbud i Norge, og det har vært vurdert et behov for kjøp av helsetjenester for pasienter med lange ventetider i Norge.

14.2 Kjøp av helsetjenester for sykmeldte

«Kjøp av helsetjenester» er i dag en ordning hvor trygdeetaten kan kjøpe behandlingstiltak for personer som er sykmeldt, under rehabilitering eller på yrkesrettet attføring. Fram til 2002 var ordningen rettet inn mot enkle lidelser som kunne behandles ved poliklinisk dagkirurgi eller ved kortvarig innleggelse. Trygdekontoret skal sammen med behandlende lege sørge for rekruttering av sykmeldte til ordningen, mens fylkestrygdekontorene skal ivareta samhandlingen med helsetjenesten. De største pasientgruppene finnes i kategoriene skuldersyndromer, tennisalbue og kneplager av ulik karakter.

Det har vært en forutsetning for ordningen at helsetilbudet til pasienter i ordinær helsekø ikke skal forringes som en følge av trygdeetatens muligheter til å kjøpe helsetjenester. Ordningen med kjøp av helsetjenester skal være et ekstraordinært tiltak ved siden av ordinær virksomhet i helsevesenet, og det har i utgangspunktet vært lagt opp til at tilbudet skal finne sted i den offentlige helsetjenesten ved å utnytte ledig kapasitet. Ordningen kan imidlertid også benyttes til å kjøpe private helsetjenester. Ved utvelging av pasienter skal det ikke tas hensyn til inntektsmessige forhold. I St.prp. nr. 1 (2001–2002) heter det at det ikke er tegn til at personer med høy inntekt og høy status prioriteres i ordningen. Det er i høringsnotat fra Helsedepartementet om endringer i pasientrettighetsloven mm. fra november 2002 opplyst at andelen opererte ved offentlige sykehus i 2001 ikke var høyere enn 30 prosent

14.2.1 Utviklingen i ordningen de siste årene

I 1997 var bevilgningen til sykepengeprosjekter på totalt 85 mill. kroner. For 1998 ble bevilgningene til sykepengeprosjektene generelt redusert. Dette ble begrunnet med at innføringen av innsatsstyrt finansiering og økte polikliniske takster skulle stimulere sykehusene til økt aktivitet. På bakgrunn av disse ordningene ble andre øremerkede ordninger redusert. Imidlertid ble det beholdt 10 mill. kroner i trygdeetaten for videreføring av prosjekter. Bevilgningen ble økt med 5 mill. kroner til 15 mill. kroner i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 1998. Samtidig besluttet Stortinget at ordningen Kjøp av helsetjenester skulle utformes som et permanent virkemiddel for oppfølging av sykmeldte. Videre skulle ordningen gjøres landsomfattende. I årene 1999–2001 ble bevilgningene til formålet gradvis økt. I 2001 fikk om lag 8000 pasienter tilbud om kjøp av helsetjenester.

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2001–2002) Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv – budsjettmessige konsekvenser mv. ble det foreslått en vesentlig utvidelse av ordningen. Det ble foreslått at nye sykdomstilstander/diagnoser skulle inkluderes. Videre ble det foreslått at det skulle åpnes for ulike utredningstiltak, med særlig vekt på tverrfaglig avklaring av sammensatte lidelser. Dette prøves nå ut i utvalgte fylker. Slik kan en raskere finne fram til relevante behandlingstilbud, og en kan også forhindre langvarige utredningsforløp mellom ulike medisinske spesialiteter. Det ble også foreslått at ordningen skulle utvides til å kjøpe kortvarige avklarings-, behandlings- og opptreningstiltak for personer med psykiske lidelser. Også dette prøves ut i et utvalg fylker. Bevilgnin-

gen til formålet ble økt med 30 mill. kroner til 119,5 mill. kroner som følge av utvidelsene. Samtidig ble det presisert at utvidelsen ikke skulle svekke sentrale prinsipper ved ordningen. Det anslås at et sted mellom 12 000 og 13 000 personer vil få et helsetilbud i regi av ordningen i løpet av 2002.

14.2.2 Evaluering av ordningen

Norsk institutt for by- og regionforskning (Hagen og Østtveiten 1999) har i en rapport til Sosial- og helsedepartementet evaluert effektene av ordningen. Forsøksopplegget i regi av RTV var delt i to prosjekter:

- I delprosjekt I kjøpte trygdeetaten helsetjenester for pasienter med enklere lidelser som kunne behandles med dagkirurgi. Seks fylker deltok. Hovedresultatet fra dette delprosjektet er at kjøp av helsetjenester for pasienter med enkle lidelser ser ut til å redusere lengden på sykmeldingsperioden og at ordningen hadde en positiv netto gevinst. Det ble hevdet at det på lang sikt gjennom mer selektiv rekruttering til ordningen kunne være ytterligere ressurser å spare. Dette ville imidlertid avhenge både av rekrutteringen til prosjektet, den generelle utviklingen i ventetider for denne type pasienter og eventuelle endringer i tilbøyeligheten til å sykmelde denne gruppen som følge av ordningen.
- I delprosjekt II kjøpte trygdeetaten helsetjenester (vesentlig utredning) for sykmeldte med sammensatte lidelser. Tre fylker deltok. Det ble prøvd ulike opplegg med ulik grad av tverretatlig og tverrfaglig innretning. Her er konklusjonen at selv om det er funnet en liten effekt i ett fylke (Hordaland), viser forsøk med kjøp av helsetjenester for denne gruppen ingen effekt i forhold til sykmeldingslengde. Pasientenes helsetilstand er imidlertid rapportert bedret.

Boks 14.1 Sandmanutvalgets anbefalinger

Utvalget mente at ordningen med kjøp av helsetjenester burde utvides uten at ordningens sentrale prinsipper ble svekket. Utvalget forutsatte at ordningen skulle være samfunnsøkonomisk lønnsom ved at reduksjonen i sykefraværet og sykepengeutgifter var større enn utgiftene til ordningen.

Sandmanutvalget foreslo en utvidelse av ordningen etter følgende kriterier:

- Bevilgningen økes betydelig. Rammen fastsettes etter forslag fra Sosial- og helsedepartementet som foretar en samlet vurdering av behovet for det enkelte år sett i forhold til behandlingskapasiteten i helsetjenesten.
- Ordningen begrenses ikke til spesielle lidelser, men bør som hovedregel ikke gjelde ved innleggelse. Ordningen kan også benyttes til å kjøpe utredningstjenester til personer med sammensatte lidelser og til opptreningstiltak.
- Det etableres forsøk med mulighet til å kjøpe kortvarig avklaring/behandling/opptreningstiltak for personer med psykiske lidelser.
- Kjøp av helsetjenester skal bare foretas dersom dette med overveiende sannsynlighet fører til friskmelding og rask retur til arbeidet. Trygdeetaten skal vurdere om dette kriteriet er oppfylt.
- Det forutsettes at ordningen følges opp ved løpende evaluering for å måle effekten av behandlingstiltakene på sykefraværet, og for løpende å vurdere virkninger i forhold til det øvrige behandlingsapparatet.

14.2.3 Vurderinger

Nedenfor drøftes enkelte prinsipielle problemstillinger knyttet til ordningen. Videre drøftes enkelte elementer knyttet til den mer detaljerte utformingen av regelverket. Bakgrunnen for at ordningen ble innført var en oppfatning av at det gir liten mening at en offentlig instans (folketrygden) har store utgifter til sykepenger, mens en annen offentlig instans (sykehusansvarlig) ikke har penger til å behandle sykemeldte.

Drøftingen nedenfor er for en stor del basert på den gjennomgangen Sandmanutvalget hadde av denne ordningen. Anbefalingene til Sandmanutvalget er gjengitt i boks 14.1. Mandatet til Sandmanutvalget var blant annet å «drøfta og vurdera eventuelle tiltak på regelverksida som kan bidra til å redusera sjukefråværet og uføretilgangen».

Sandmanutvalget pekte på følgende problemstillinger som en måtte ta stilling til ved en utvidelse av ordningen, og som også var vurdert da ordningen ble innført:

- Kan kjøp av helsetjenester føre til tilpasninger i sykehussektoren? En mulig uheldig tilpasning er at fylkeskommunene nedprioriterer behandlingen av yrkesaktive i og med at trygdeetaten vil sørge for tilstrekkelige ressurser til å finansiere behandling av disse.

- Kan ordningen føre til fortrengnings- og «direktøreffekter»? Et system der yrkesaktive særbehandles kan oppfattes som problematisk. Dette gjenspeiles blant annet i innstillingen til Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18): «Utvalget er av den oppfatning at systematisk prioritering på gruppenivå etter produktivitetshensyn kan marginalisere dem som ikke har inntektsgivende arbeid, for eksempel husmødre, pensjonister, arbeidsløse, funksjonshemmede, studenter. Det kan gi uheldige og utilsiktede konsekvenser på lengre sikt, og det vil være i strid med det likeverdsprinsipp vi ønsker at det norske samfunn skal tuftes på. I en offentlig helsetjeneste må det være universell tilgang til de tjenester som tilbys.» Sandmanutvalget så det som sentralt å vurdere hvilke konsekvenser et utvidet ekstra tilbud for yrkesaktive ville ha for de som ikke er yrkesaktive. I den grad en reelt kan utnytte ekstrakapasitet, vil dette ikke medføre en dårligere situasjon for ikke yrkesaktive. Ordningen er bygd opp etter en slik forutsetning. Vurderingen i NIBR-rapporten er også at prosjektet har bidratt til økt kapasitet uten å skyve andre pasienter bakover i køen. Samtidig trekker utvalget fram at en også vil kunne oppleve situasjoner der dette ikke kan realiseres.
- Kan ordningen føre til økt tilbøyelighet blant leger til å sykmelde pasienter for at de skal komme raskere til behandling? Dette kan i verste fall resultere i flere sykmeldinger og økte sykepengeutgifter.

Utvalget mener at innvendingene som er nevnt over er relevante og må vurderes nøye.

Hvor omfattende de negative effektene vil bli, er imidlertid svært avhengig av hvilket omfang ordningen får. Med de beløp som nå ligger inne, er det vanskelig å se at ordningen har et slikt omfang at de problemene som trekkes fram i det første strekpunktet vil være særlig relevante. Problemstillingen som reises i det andre strekpunktet, særbehandling av enkelte grupper, reiser prinsipielle problemer uavhengig av nivået på bevilgningen, men blir selvfølgelig mer framtredende jo høyere bevilgningen er. Nivået på bevilgningen avhenger både av hvordan brukergruppen defineres, og hvor omfattende tilbudet er innenfor de ulike brukergruppene.

Utvalget vil vise til at ordningen med kjøp av helsetjenester er basert på at det etableres et tilbud ved siden av det eksisterende behandlingstilbudet, og som ikke forbruker ressurser som ellers ville vært brukt i håndtering av de ordinære ventelistene. Utvalget vil peke på den faren som ligger i at sykehus og behandlingspersonell i praksis rydder plass til å behandle pasienter på oppdrag fra trygdeetaten, siden dette gir større økonomisk uttelling enn å behandle øvrige ventelistepasienter. En slik effekt er ikke dokumentert, men kan være mer aktuell etter den sterke utvidelsen av ordningen de siste årene. I områder med knapphet på helsepersonell kan ordningen også indirekte gå ut over det offentlige helsetilbudet, ved at helsepersonell velger å jobbe innenfor privat helsevirksomhet, som dels finansieres gjennom midler fra trygdeetaten.

Nærmere om finansieringsmåten: bør arbeidsgiver bidra til ordningen?

Fra et prinsipielt synspunkt kan det hevdes at kostnadene ved å få sykmeldte raskere tilbake i jobb bør dekkes helt eller delvis av arbeidsgiverne. Dette kan teknisk håndteres gjennom en forsikringsordning som arbeidsgiverne bidrar til.

Regjeringspartiene og Fremskrittspartiet inngikk i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett en avtale som blant annet innebar at avtalepartene var enige om å gi sin tilslutning til Dokument nr. 8:90 (2001–2002) om skattelette for behandling av privat helseforsikring for å redusere sykefravær og sykelønnsutbetalinger. I St.prp. nr. 1 (2002–2003) heter det:

> «Etter gjeldende regler beskattes arbeidsgivers dekning av behandlingsforsikringer og direkte behandlingsutgifter for ansatte som lønn på den ansattes hånd, og ilegges arbeidsgiveravgift på bedriftens hånd.
>
> Stortinget har i anmodningsvedtak bedt regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet 2003 fremme forslag om å unnta private behandlingsforsikringer for arbeidsgiveravgift og personskatt fra 1. januar 2003, jf. Dok. nr. 8:90 (2001–2002) og Innst.S. nr. 271 (2001–2002).
>
> Som varslet i Sem-erklæringen og i St.prp. nr. 1 (2001–2002) Tillegg nr. 4, ønsker Regjeringen også å fjerne skatt på arbeidsgivers direkte dekning av ansattes behandlingsutgifter ved sykdom. Det er naturlig å se innføring av skattefritak for direkte dekning av behandlingsutgifter i sammenheng med oppfølgingen av Stortingets vedtak om fritak for behandlingsforsikringer.
>
> Intensjonen med begge tiltakene er å stimulere arbeidsgivere til å bruke denne typen ordninger for raskere å bringe syke og skadede arbeidstakere tilbake i arbeid. Det legges opp til å avgrense skattefritaket både ift. type lidelse og type behandling, for eksempel slik at ordinære legekonsultasjoner holdes utenfor.

Departementet vil arbeide videre med dette med sikte på forskriftsregulering. I Ot.prp. nr. 1 (2002–2003) Skatte- og avgiftsopplegget 2003 – lovendringer gjøres det nærmere rede for Regjeringens forslag.

Det er stor usikkerhet om provenyvirkningene av endringene, bl.a. fordi det er vanskelig å anslå hvor omfattende bruken av ordningene vil bli. På usikkert grunnlag anslås det samlede provenytapet i 2003 til i størrelsesorden 100 mill. kroner påløpt og 80 mill. kroner bokført. Det er da lagt til grunn at ordningene avgrenses til medisinsk behandling. På noe sikt vil trolig provenytapet kunne bli vesentlig større, særlig fordi tilbud om behandlingsforsikring kan bli mer utbredt.

Regjeringen legger vekt på at reduksjonen i skatteinntekter i noen grad vil kunne motsvares av at staten får en viss innsparing i utgifter til sykepenger ved at ventetiden kan reduseres og sykemeldingsperioden forkortes. Dette kan også være en fordel for bedriftene og gi økt inntjening. Størrelsen på innsparingspotensialet er imidlertid usikker, blant annet fordi kvaliteten på ventetidsdataene er relativt dårlig. Det må også tas i betraktning at det allerede finnes en ordning for kjøp av helsetjenester i trygdeetatens regi. Denne ordningen er innrettet nettopp med sikte på å få gitt raskere behandling til sykemeldte ved å utnytte ledig kapasitet i helsevesenet.»

14.2.4 Utvalgets vurderinger og anbefalinger

Utvalget mener de aktuelle alternativene for denne ordningen vil være:

- ordningen videreføres som i dag
- midlene overføres til regionale helseforetak, som får en føring om å prioritere sykmeldte etter nærmere angitte kriterier
- midlene overføres til regionale helseforetak, uten noen form for føringer

Utvalget vil peke på at intensjonsavtalen med partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv også omfatter en utvidelse av ordningen med kjøp av helsetjenester for sykmeldte. Avtalen er inngått for en periode på vel fire år, fram til utgangen av 2005. Intensjonsavtalen skal evalueres etter 2. kvartal 2003.

De sentrale kriteriene for å vurdere denne ordningen er *likhet* og *effektivitet*, jf. utvalgets kriterier i kapittel 7. En forutsetning for å videreføre ordningen må være at den faktisk bidrar til reduserte ventetider for dem det gjelder, det vil si at ordningen bidrar til en mer effektiv utnyttelse av ressursene. Effekten vil derfor blant annet avhenge av utviklingen i ventetidene generelt. Utvalget mener videre at i den grad det kan sannsynliggjøres at utgiftene til sykepenger reduseres mer enn utgiftene til ordningen, er dette et argument for at ordningen bør videreføres. Effektivitetshensynet tilsier etter utvalgets mening at det fortsatt bør være trygdeetaten som skal være ansvarlig for ordningen. Formålet med ordningen er at kostnadene ved sykehusbehandling skal veies opp mot utgiftene til sykepenger, og trygdeetaten som ansvarlig for sykepengeutbetalingene vil være den som best kan foreta denne avveiningen. Som det går fram av det som er skrevet over, er det enkelte etiske betenkeligheter knyttet til å prioritere pasienter ut fra yrkesaktivitet. Ordningen er trolig lettest å håndheve, og oppnår størst legitimitet blant pasientene, hvis disse prioriteringene foretas av trygdeetaten framfor i sykehusene. Utvalget mener at dette også er et argument for å videreføre ordningen i regi av trygdeetaten.

Ordningen må evalueres med tanke på virkningene for dem som venter i den ordinære helsekøen. Likhetshensynet tilsier at ordningen begrenses på en måte som gjør at øvrige pasienter i hovedsak ikke får lengre ventetid. Dette er også en forutsetning for ordningen. Med disse forbeholdene mener utvalget at ordningen bør videreføres, og ser dette i sammenheng med at ordningen medfører lavere sykepengerefusjoner.

Sandmanutvalget har vurdert faren for såkalte *direktøreffekter* ved ordningen. Med dette menes at ordningen i første rekke kommer personer i høye stillinger og/eller høy inntekt til gode. En slik effekt er ikke dokumentert. I budsjettet for 2003 er det foreslått endringer i skattereglene som vil gjøre det mer gunstig for arbeidsgivere å kjøpe behandlingsforsikringer og dekke behandlingsutgifter, jf. omtale over. Det er rimelig å anta at enkelte arbeidsgivere vil favorisere personer i sentrale stillinger i bedriftene. Utvalget mener dette er et tilleggsargument for å videreføre en offentlig ordning der alle arbeidstakere likebehandles.

14.3 Kjøp av helsetjenester i utlandet

Det er flere ulike finansieringsordninger knyttet til kjøp av helsetjenester i utlandet:

- ISF-refusjon for pasienter som behandles i utlandet.
- Kompensasjon for behandlingsreiser til utlandet.

– Bidrag til behandling i utlandet.
– Prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet.

Disse ordningene omtales i dette avsnittet.

14.3.1 Omtale av de ulike ordningene

Nedenfor omtales ulike ordninger som innebærer at det gis kompensasjon fra staten for behandling av pasienter i utlandet. I tillegg til disse ordningene, eksisterer det en rådsforordning i EØS-avtalen vedrørende rett til behandling i andre EØS-land, jf. boks 14.2.

ISF-refusjon

Pasienter som helseforetakene selv tar initiativ til å sende til utlandet for behandling gir grunnlag for ISF-refusjon. Dette går fram av St.prp. nr. 1 (1998–1999), der det heter at «Fra 1. januar 1999 åpnes det også for at det gis DRG-refusjon for fylkeskommunalt henviste pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus». Erfaringen viser at dette er en mulighet som i svært liten grad har vært utnyttet. For de siste to årene må dette ses i sammenheng med prosjektet Kjøp av helsetjenester, som har medført full kostnadsdekning for de pasientene som blir behandlet i utlandet.

Bidrag til behandling i utlandet

Det gis bidrag til behandling i utlandet, forutsatt at det ikke er tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å utføre behandlingen i Norge. Dette går fram av Folketrygdloven §§ 5–22, 20–9 og 21–17 med tilhørende forskrift. Forskriften innebærer ingen rettighet for den enkelte. Bidrag kan gis etter en skjønnsmessig vurdering hvis:

– behandling i Norge ikke kan gis på grunn av manglende medisinsk kompetanse
– det foreligger en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom eller tilstand
– behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode
– det foreligger en uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon på aktuelt område, eventuelt uttalelse fra et sykehus med kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander.

Som utgangspunkt ytes det ikke bidrag til eksperimentell eller utøvende behandling. Unntaksvis kan bidrag likevel ytes til enkeltpersoner med sjeldne sykdomstilstander.

Dagens regelverk innebærer at regionale helseforetak dekker utgiftene som om behandlingen hadde funnet sted ved et norsk sykehus. Det øvrige (reise og overskytende behandlingsutgif-

Boks 14.2 Rett til behandling i EØS-området

Etter EØS-avtalens forordning (EØF) 1408/71 kan den kompetente institusjon i et EØS-land gi samtykke til at EØS-borgere mv. og deres familiemedlemmer som er bosatt i og som har rett til behandling i dette landet, skal få rett til nødvendig reise til et annet EØS-land for å motta hensiktsmessig behandling. Den kompetente institusjon i Norge er Rikstrygdeverket.

Etter forordningen kan ikke samtykke nektes når behandlingen er ansett som en av de tjenester som ytes i Norge, og behandlingen ikke kan gis innen den frist som normalt er nødvendig for å få slik behandling i Norge. Ved vurderingen av hva som er normal behandlingstid skal det tas hensyn til pasientens helsetilstand og utsiktene til hvordan pasientens sykdom utvikler seg.

Retten til behandling er subsidiær, slik at pasientens rett faller bort hvis det innen rimelig tid foreligger tilbud innen landets grenser.

Forordningen krever en individuell vurdering av den enkelte pasient i forhold til alminnelig ventetid for den konkrete sykdom i landet. Helsemyndigheten gis en vid skjønnsadgang ved vurderingen av om tillatelse skal gis behandling i et annet EØS-land. Bare i de tilfeller hvor ventetiden blir vesentlig lenger enn det som ellers er vanlig for vedkommende sykdom i Norge, kan forordningen gi grunnlag for å få dekket utgiftene ved behandling i et annet land. Det må således foreligge et vesentlig avvik fra normal ventetid før retten etter forordningen utløses.

Rådsforordningen er innarbeidet i norsk rett ved forskrift av 1. desember 2000 nr. 1204 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen. Forordningen etablerer dermed rettigheter for innbyggerne i Norge. Vilkårene er imidlertid meget strenge, og det er relativt få som kan benytte denne rettigheten i praksis.

ter) dekkes av folketrygden. Rikstrygdeverket behandler søknadene om bidrag til behandlingen i utlandet i første instans. Ved søknadsbehandlingen legges det avgjørende vekt på de vurderingene som ansvarlig sykehus gjør når det gjelder effekt av behandling i utlandet. 1. januar 1999 ble det opprettet en egen klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet som behandler klager på vedtak truffet av Rikstrygdeverket.

Antall søknader om sykebehandling i utlandet har vært stigende gjennom 1990-tallet, og Rikstrygdeverket behandlet i 2001 om lag 430 slike søknader. Av disse ble om lag 60 prosent innvilget. Utgiftsført beløp i 2001 var 16,45 mill. kroner. For 2003 er det anslått utgifter på 18 mill. kroner til ordningen.

Kompensasjon for behandlingsreiser til utlandet

Ordningen for behandlingsreiser til utlandet ble etablert som en prøveordning for tre år i 1976, og omfattet da pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis. I 1995 vedtok Stortinget at ordningen skulle gjøres permanent fra 1997 på bakgrunn av Sosial- og helsedepartementets evaluering av ordningen. Behandlingsreiser til utlandet er i dag et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem.

Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Behandlingen foregår nå i Tyrkia og Jugoslavia for revmatikere, og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Administrasjon og faglig ansvar for behandlingsreiser til utlandet er lagt til Rikshospitalet. I 2002 ble det bevilget 65,4 mill. kroner til ordningen, og for 2003 foreslås bevilget om lag 68 mill. kroner.

I 2001 var 2 432 pasienter omfattet av ordningen. Det ble behandlet 1 612 pasienter med revmatiske lidelser, og 587 pasienter med psoriasis på Gran Canaria, hvorav 25 var barn og ungdom. 165 barn og ungdommer ble behandlet for astma og lungesykdommer på Gran Canaria. Av de innkomne søknadene ble 29 prosent innvilget innenfor astmaprogrammet, 47 prosent innenfor revmatikerprogrammet og 50 prosent innenfor psoriasisprogrammet. Dette er tilnærmet lik andelen innvilgede søknader i forhold til 2000 på astma- og revmaprogrammet, mens det er reduksjon for psoriasisprogrammet.

Ordningen er evaluert av et offentlig utvalg, jf. NOU 2000: 2 Behandlingsreiser til utlandet – et offentlig ansvar?. Utvalget var ledet av professor Jan Tore Gran. Det pekes her på at det foreløpig ikke har vært utført systematiske kostnads-effektstudier av behandlingsreiseordningens tilbud. Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon konkluderer Granutvalget med at behandlingsreiseordningen gir et lite kostnadskrevende tilbud per pasientdøgn, og at effekten for pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis kan være lik god eller bedre enn sammenliknbare innenlandske tilbud.

På bakgrunn av de vurderingene Granutvalget gjorde, ble det anbefalt å videreføre behandlingsreiseordningen som et offentlig behandlingstilbud på spesialisthelsetjenestenivå. Utvalget anbefalte videre at Rikshospitalet, Revmatologisk Avdeling, Seksjon for behandlingsreiser skulle fortsette som tilskuddsforvalter av ordningen.

Granutvalget pekte på at det kunne tenkes to typer finansieringsordninger for et offentlig behandlingsreisetilbud. Et alternativ kunne være finansiering over statsbudsjettet, mens et annet alternativ kunne innebære overføring av finansieringsansvaret til fylkeskommunene. Etter utvalgets mening er det tre hensyn som kan tale mot fortsatt statlig finansiering av ordningen:

- Hensynet til effektiv bruk av tilbudet. Dette knyttes opp mot at ordningen innebærer en form for tredjepartsfinansiering, der fylkeskommunene og kommunene har få insitamenter til målrettet bruk.
- Statlig finansiering gir få insitamenter til lokal utbygging av tilbudet til de aktuelle gruppene, i det pasientene i noen grad får dekket sitt behandlingstilbud gjennom ordningen.
- Statlig finansiering kan bidra til manglende integrering av behandlingsreiser i det øvrige fylkeskommunale tilbudet for de aktuelle pasientgruppene.

Som en oppsummering peker Granutvalget på at det å overføre finansieringsansvar til fylkeskommunene vil kunne sikre mer effektiv ressursutnyttelse, bedre koordinering av tilbudene til de aktuelle pasientgruppene og bidra til at behandlingsreiser blir en del av det ordinære tilbudet til disse gruppene. Granutvalget legger imidlertid vesentlig vekt på at variasjonen i fylkeskommunal økonomi og ulikhet i det kommunale/fylkeskommunale behandlingstilbudet for de aktuelle pasientgruppene, kan innebære en skjevfordeling av behandlingsreisetilbudet hvis fylkeskommunene overtar finansieringsansvaret for ordningen. I tillegg er det ønskelig med en stabil tilstrømning av pasienter innenfor de ulike programmene for å ha en effektiv og forutsigbar administrasjon av tilbudet, og for å

sikre et kontinuerlig behandlingstilbud ved de utenlandske institusjonene. Granutvalget anbefaler på denne bakgrunn at ordningen fortsetter som en statlig tilskuddsordning og vurderer det hensiktsmessig at tilskuddet fortsatt gis over egen post på statsbudsjettet.

Prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet

Stortinget vedtok høsten 2000 å bevilge 1 mrd. kroner til pasientbehandling i utlandet, jf. Inst. S. nr. 24 (2000–2001). 25 mill. kroner av bevilgningen var forutsatt brukt til å administrere ordningen, og ble bevilget til Rikstrygdeverket. Hovedformålet med ordningen har vært å redusere ventetider for pasientgrupper hvor norske sykehus mangler kapasitet til å forestå behandling. Midlene ble gjort overførbare, og kunne dermed anvendes i 2001 og 2002.

Bevilgningen ble i all hovedsak overført fra 2000 til 2001. Forbruket var også langt lavere enn bevilgningen i 2001. Det ble overført om lag 605 mill. kroner fra 2001 til 2002, og det overførte beløpet var da i utgangspunktet redusert med 250 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002). Regjeringen forutsatte i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2002 at pasientbroen skulle videreføres i 2002 innenfor en ramme på 480 mill. kroner, det vil si 125 mill. kroner lavere enn det overførte beløpet. Den opprinnelige bevilgningen var på denne måten redusert med til sammen 375 mill. kroner. Det ble i revidert nasjonalbudsjett anslått at 430 av de 480 mill. kronene var bundet opp, slik at det gjensto 50 mill. kroner resten av året til å inkludere nye pasienter i ordningen.

Det er i St.prp. nr 1 (2002–2003) foreslått at ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet videreføres men begrenses til igangsatte prosjekter for enkelte prioriterte pasientgrupper, herunder pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, sammensatte rygglidelser, Parkinsons sykdom, prostatakreft, visse hjertelidelser og cochleaimplantasjon. Videre foreslås det midler for nye grupper funksjonshemmede til behandlingsreiser til utlandet. Det foreslås satt av 55 mill. kroner til selve ordningen, mens 5 mill. kroner foreslås bevilget til Rikstrygdeverket for administrasjon av ordningen.

14.3.2 Nærmere om kjøp av helsetjenester i utlandet

Ordningen Kjøp av helsetjenester i utlandet er evaluert av Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo (Botten, Grepperud og Nerland 2002). I evalueringsrapporten trekkes det fram at Stortingets argumentasjon for å bevilge penger til pasientbroen særlig synes å ha fokusert på tre forhold.

- For det første var ventetiden for mange pasienter som ventet på operasjon i Norge uakseptabel lang.
- For det andre hadde ikke norske sykehus selv tilstrekkelig ledig kapasitet til å kunne anvende de samme midlene til økt pasientbehandling. Dette på grunn av ressursmessige skranker som man i hovedsak antok var av personalmessig art, spesielt knyttet til mangelen på sykepleiere.
- Et tredje og nært beslektet argument var at en direkte anvendelse av de samme ressursene innenfor norsk helsetjeneste ville generere negative makroøkonomiske konsekvenser – ofte betegnet som problemer knyttet til «økt press i økonomien». En pasientbro derimot, var forventet å ha svake eller ingen realøkonomiske effekter innenlands.

Hovedargumenter mot ordningen var i første rekke frykt for import av infeksjoner og at det var kapasitet i Norge til å håndtere disse pasientene bare en fikk pengene.

Evalueringsrapporten viser at 2441 pasienter var registrert med behandlingsdato i 2001. I tillegg var om lag 1500 pasienter registrert inn i prosjektet, men uten at behandlingsdato kunne verifiseres. Antakelig ble om lag 3000 pasienter behandlet i 2001. Det var betydelig skjevfordeling mellom regionene når det gjaldt bruk av ordningen. Av i alt 2237 pasienter med registrert bostedsfylke var 6,4 prosent hjemmehørende i helseregion nord (mot 10 prosent av innbyggerne), 41,5 prosent i midt-Norge (14 prosent av innbyggerne), 15,9 prosent i vest (20 prosent av innbyggerne), 18 prosent i sør (20 prosent av innbyggerne) og 18 prosent i øst (36 prosent av innbyggerne). I forhold til pasientpopulasjonen ved norske sykehus var pasientene behandlet gjennom kjøp av helsetjenester i utlandet relativt unge. Knapt 80 prosent av pasientene med registrert alder var under 60 år.

Pasientene hadde et bredt spekter av diagnoser. Den største enkeltgruppe er hypertrofi (reduksjon) av bryst (14,1 prosent av pasientene), deretter kommer åreknuter (11,8 prosent). 34,6 prosent av pasientene hadde lidelser i skjelettsystemet av ulike slag, herunder bl.a. 6,3 prosent med korsbåndskade, en tilsvarende andel andre kneskader eller kneslitasje, og 4,0 prosent med skulderplager. Sykdommer i ryggen, både som skiveprolaps og som ryggdeformiteter, var anført for 8,1 prosent av de pasientene som var henvist til ordningen.

Evalueringsrapporten sammenlikner behandlingskostnadene i utlandet med de tilsvarende norske DRG-prisene. Behandlingen som ble gitt i utlandet hadde behandlingskostnader som lå lavere enn DRG-prisen i 28,5 prosent av tilfellene, mens 71,5 prosent av behandlingene i utlandet hadde behandlingskostnader som oversteg DRG-prisen. Gjennomsnittskostnaden ved behandling i utlandet var 41 717 kroner, som overstiger den gjennomsnittlige norske DRG-prisen for tilsvarende pasienter med 8456 kroner. I gjennomsnitt var altså behandlingskostnadene 25 prosent høyere i utlandet enn det som er avspeilet i norske DRG-priser. I tillegg til selve behandlingskostnadene påløper prøvetakingsutgifter før og etter avreise for pasientene som reiser ut av Skandinavia, reiseutgifter for både pasienter og ledsagere, personlige refusjoner for pasienter og ledsagere (måltider utenom sykehus/hotell, drosje o.a.), samt hotellkostnader for ledsagere. I gjennomsnitt var disse kostnadene om lag 13 000 kroner per pasient. Alle kostnader inkludert ble utenlandsbehandlingen i overkant av 60 prosent dyrere enn tilsvarende behandling basert på norske DRG-priser. Også i Norge vil det imidlertid påløpe noen kostnader utover DRG-prisen.

14.3.3 Vurderinger

Prosjektet Kjøp av helsetjenester i utlandet representerer en form for tredjepartsfinansiering som innebærer at beslutningstakerne ikke står overfor de reelle kostnadene ved ulike alternativer. Sykehusene har ingen kostnader hvis pasientene sendes til utlandet. Hvis den minst kostnadskrevende behandlingsformen skal velges, bør den statlige refusjonen være uavhengig av behandlingssted. Utvalget vil blant annet vise til et eksempel som er lagt fram av Foreningen for blødere i Norge. Det vises her til at kirurgiske inngrep hos blødere utføres i Sverige, til tross for at det er bygget opp et spesialisert fagmiljø på Rikshospitalet med god kjennskap til blødersykdommene. Bakgrunnen for at inngrepene foretas i Sverige, er at disse da er kostnadsfrie for Rikshospitalet. Utvalget vil videre vise til at det i høringsnotatet fra Helsedepartementet fra november 2002 foreslått at ordningen med pasientbro til utlandet opphører i sin nåværende form og at midler som finansierer ordningen med pasientbro overføres til de ordinære bevilgningene til regionale helseforetak

Utvalget vil vise til at ordningen med bidrag til behandling i utlandet har et beskjedent omfang, jf. at nivået på bevilgningen er anslått til 18 mill. kroner i 2003. Det synes lite hensiktsmessig å opprettholde et eget regelverk for særskilt finansiering og administrasjon av disse sakene. Begrunnelsen for særfinansiering er også mindre når spesialisthelsetjenesten eies av fem regionale helseforetak mot tidligere 19 fylkeskommuner. Utvalget vil peke på at det ved søknadsbehandlingen legges avgjørende vekt på de vurderingene som ansvarlig sykehus gjør når det gjelder effekt av behandling i utlandet. Det synes da rimelig at det ansvarlige sykehuset også bærer kostnaden ved behandlingen. Utvalget legger til grunn at de midlene som i dag bevilges til ordningen (herunder reise- og oppholdsutgifter) overføres til regionale helseforetak. Det vises for øvrig til at tilsvarende forslag i november er sendt på høring fra Helsedepartementet i forbindelse med endringer i pasientrettighetsloven mm.

Granutvalget anbefaler at ordningen med behandlingsreiser til utlandet videreføres med fortsatt statlig finansiering. Dette begrunnes med at ulikheter i fylkeskommunal økonomi gir uønskede ulikheter i behandlingstilbudet, og at det er ønskelig med en stabil tilstrømming av pasienter. Utvalget vil peke på at variasjonen i økonomiske rammebetingelser vil bli mindre mellom de fem regionale helseforetakene enn den har vært mellom de 19 fylkeskommunene, blant annet som følge av at regionale helseforetak ikke mottar skatteinntekter. Utvalget vil peke på at i den grad vesentlig beslutningsmyndighet delegeres til regionale helseforetak, må det også aksepteres at foretakene foretar ulike prioriteringer. Ulikheter i behandlingstilbud for tilnærmet samme pasientgrupper må derfor til en viss grad aksepteres. Utvalget mener imidlertid at det vil være hensiktsmessig med en samordning av kjøp av behandlingsplasser på de aktuelle behandlingsstedene.

14.3.4 Utvalgets anbefalinger

Utvalget mener at effektivitetshensyn tilsier at finansieringssystemet bør være basert på at kompensasjonen til helseforetakene for ulike typer behandling skal være uavhengig av hvor behandlingen finner sted. På denne måten blir alle kostnadene vurdert. Det foreslås derfor at bidrag for behandling i utlandet og prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet avvikles i sin nåværende form, og at de midlene som ligger inne til disse ordningene overføres til helseforetakene. Det anbefales også at finansieringsansvaret for ordningen med behandlingsreiser til utlandet overføres til regionale helseforetak. I tillegg til effektivitetshensynet, må forslaget også ses i sammenheng med et ønske om enkelhet og gjennomsiktighet, som innebærer at

finansieringssystemet er forståelig og gir mulighet for å plassere ansvar.

I kapittel 7 trekker utvalget blant annet fram følgende kriterier som finansieringssystemet bør oppfylle:

- *Høy faglig standard på pasientbehandlingen,* som innebærer at det skal benyttes tidsmessige behandlingsmetoder og at det skal gis et tilbud med høy kvalitet både når det gjelder behandling, omsorg og annen service.
- *God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester* som innebærer tilfredsstillende akuttberedskap og at eventuelle ventetider til elektiv behandling skal være forsvarlig.

Innføring av bidragsordningen og prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet må ses i sammenheng med et ønske om å oppfylle slike kriterier. I avsnittet ovenfor har utvalget pekt på argumenter for å avvikle ordningene. Forslaget må også ses i sammenheng med innføringen av en ny garantibruddordning, jf. avsnitt 14.4.

14.4 Kjøp av helsetjenester for rettighetspasienter etter brutt behandlingsfrist

I november 2002 sendte Helsedepartementet på høring et forslag om endringer i pasientrettighetsloven som medfører en utvidelse av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp og til å velge sykehus (fritt sykehusvalg). Forslaget er en oppfølging av regjeringens Sem-erklæring og tiltredelseserklæring, og omfatter følgende hovedpunkter:

- Pasientrettighetsloven endres slik at rett til nødvendig helsehjelp styrkes ved at det skal settes en konkret, individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist for når rettigheten senest skal være oppfylt.
- Dersom pasientens rettighet ikke oppfylles innen utløpet av fristen, foreslås det at fristoverskridelsen skal ha som konsekvens at pasienten får rett til nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet. Forslaget skal også sikre at pasienten får informasjon om den fastsatte fristen.
- Et sentralt statlig organ skal ha som oppgave å framskaffe tilbud om helsetjenester privat eller i utlandet til pasienter som ikke har fått oppfylt rett til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen.
- Pasientens rett til fritt sykehusvalg utvides til også å omfatte private sykehus som har inngått avtale med regionale helseforetak.

Helsedepartementet foreslår for øvrig i høringsnotatet at de pasientene som ikke kan få behandling pga. manglende kompetanse i Norge, og som etter gjeldende rett vurderes etter bestemmelsene om bidrag til behandling i utlandet, i framtida vurderes etter bestemmelsene om rett til nødvendig helsehjelp. Forslaget innebærer således både en bedring av pasientenes rettsstilling, en forenkling av regelverket og en administrativ forenkling på dette området.

Med bakgrunn i drøftingen av utviklingen mot økte rettigheter i kapittel 4, har utvalget forutsatt at pasientene gis rett til nødvendig helsehjelp og at det fastsettes individuelle behandlingsfrister. I tilfeller der pasienten ikke er gitt et helsetilbud innen tidsfristen, er det videre forutsatt at vedkommendes regionale helseforetak blir holdt ansvarlig for de utgifter som påløper ved behandling hos private tjenesteytere innenlands eller tjenesteytere utenlands. Pasienten vil imidlertid i liten grad ha informasjon og andre ressurser som skal til for å orientere seg blant tilbydere av helsetjenester. Blant annet av denne grunn kan det derfor være hensiktsmessig å etablere et sentralt organ som kan koordinere informasjon og inngå felles avtaler, både med private tilbydere innenlands og tilbydere i utlandet. Det er i høringsnotatet fra Helsedepartementet nevnt ulike mulige institusjonelle forankringer for et slik sentralt organ. En mulighet kan være et nyopprettet organ. Et annet alternativ kan være Sosial- og helsedirektoratet. Rikstrygdeverket vil med sin bakgrunn i administrasjon av pasientbroen til utlandet også kunne være et naturlig alternativ. Høringsinstansene bes spesielt å kommentere dette spørsmålet. Utvalget finner ikke grunnlag nå for å gi en tilråding om utformingen og plassering av et eventuelt felles organ.

Del IV
Finansiering av regionale helseforetak

Kapittel 15
Skal regionale helseforetak være de eneste tilskuddsmottakerne på regionalt nivå?

Dagens finansiering av pasientbehandlingen preges av at ulike finansieringsordninger administreres av forskjellige offentlige etater. Tilskuddsmottakerne er også plassert både på det regionale og det lokale nivået. Dette gir et fragmentert system der effektene er uklare og måloppnåelsen er vanskelig å vurdere.

Samtidig har ventetidsproblemene ulik karakter i ulike deler av landet. I noen regioner er det lange ventetider til en type behandling, mens det i andre regioner er ventetider til annen type behandling. Nasjonale takstsystemer til poliklinisk behandling og private aktører gjør det vanskelig å utvikle regionalt tilpassede virkemidler for å håndtere disse problemene.

Med utgangspunkt i denne problemforståelsen drøfter utvalget om følgende finansieringsordninger bør kanaliseres til regionale helseforetak:

- polikliniske refusjoner til offentlige poliklinikker
- polikliniske refusjoner til private spesialister med avtale om driftstilskudd
- refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet, både offentlig og privat
- finansiering av pasientbehandling i utlandet (jf. omtale i kapittel 13.3 og 13.4).
- syketransport (jf. omtale i eget kapittel)

I tillegg drøfter utvalget øremerking av midler til regionale helseforetak.

15.1 Polikliniske refusjoner til offentlige poliklinikker og private spesialister med driftsavtale

Det er viktig å se det offentlige og det private helsetilbudet i sammenheng. De private spesialistene og de offentlige poliklinikkene driver mye samme typen virksomhet. Det bør derfor ikke være slik at behandling hos private spesialister og offentlig poliklinikk finansieres på ulik måte. Utvalget drøfter derfor finansieringsordningene for offentlige poliklinikker og private spesialister sammen.

I kapittel 9 har utvalget argumentert for at det er behov for en harmonisering av finansieringen av innleggelse/dagbehandling og poliklinisk aktivitet. Finansieringsordningene er utviklet med utgangspunkt i helt forskjellige prosedyrer og kostnadsgrunnlag, mens den faktiske pasientbehandlingen ofte ikke er grunnleggende forskjellig. Det er uheldig at den økonomiske uttellingen er ulik for tjenester som i mange tilfeller likner hverandre. Etter hvert som større deler av pasientbehandlingen organiseres som dagbehandling eller poliklinisk behandling, forsterkes problemstillingen. Utvalget foreslår (se kapittel 21) derfor at aktivitetsregistreringen og kostnadsvekter for all sykehusbehandling innarbeides i ett felles kodeverk. Et medisinsk prosedyrekodeverk kan deretter gjøre det mulig å sammenligne kostnader for aktivitet på poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling. Utvalget anslår at det vil ta 5–7 år å utarbeide et operativt medisinsk kodeverk som omfatter alle typer behandling

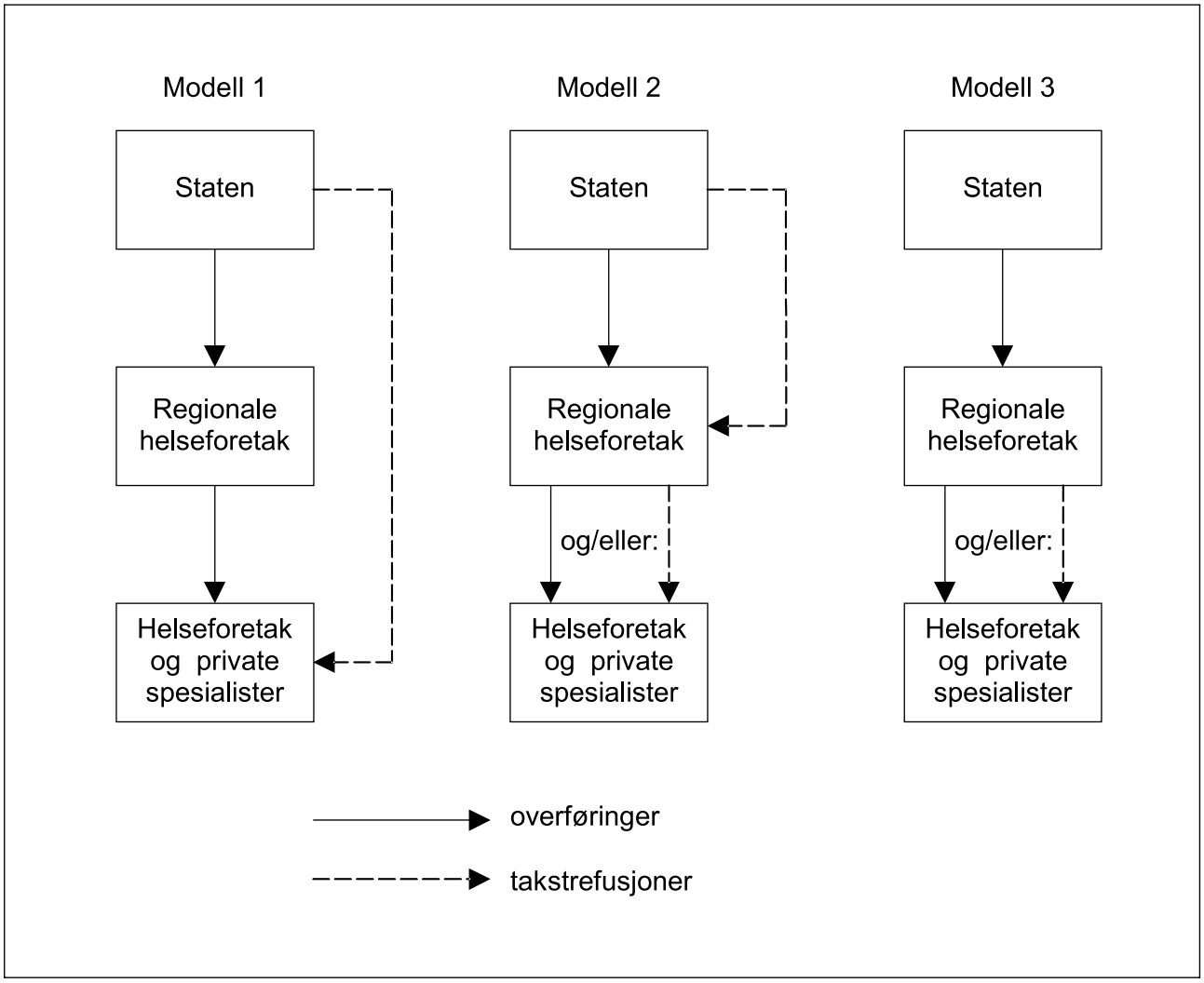
Inntil de ulike finansieringsordningene er harmonisert, må man vurdere om de polikliniske refusjonene skal utbetales til regionale helseforetak eller om midlene fortsatt skal videreføres til de enkelte helseforetak/private spesialister.

Utvalget drøfter tre mulige finansieringsmodeller:

- Dagens finansieringsordninger videreføres.
- Statens polikliniske refusjoner til offentlige poliklinikker og private spesialister med avtale om driftstilskudd overføres til regionale helseforetak fra 2004.
- Dagens takst- og refusjonssystem avvikles og forventede utgifter til offentlige poliklinikker og private spesialister med avtale om driftstilskudd fordeles til regionale helseforetak basert på behovsjusterte kriterier.

Modellene er illustrert i figur 15.1.

Modell 2 forutsetter at forskrift 1. desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinsti-



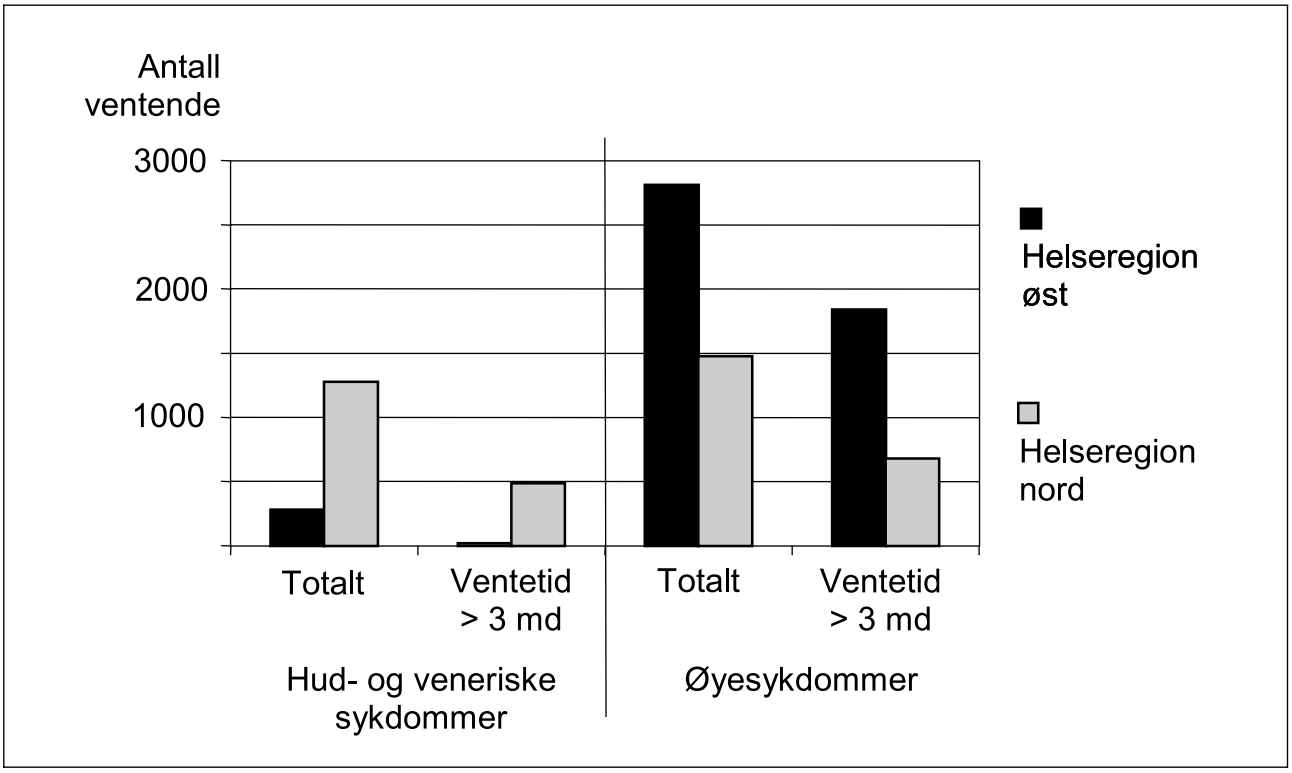
Figur 15.1 Modeller for polikliniske refusjoner til offentlige poliklinikker og private spesialister med driftsavtale.

tusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, endres slik at godtgjørelsen utbetales til det regionale helseforetaket.

I modell 2 må det også vurderes en endring av folketrygdloven § 5–4 slik at det framgår at stønad til private spesialister med avtale om driftstilskudd overføres til regionale helseforetak. Dessuten forutsetter modellen at det må gjøres endringer i forskrift 27. juni 2002 nr. 897 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter, slik at utbetalingen går til regionalt helseforetak, og ikke til legen.

Modell 3 forutsetter at folketrygdloven § 5–4 endres slik at den delen av bestemmelsen som gir rett til stønad til private spesialister med avtale om driftstilskudd, oppheves. Tilsvarende endring må foretas i forskrift 27. juni 2002 nr. 897 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter og forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Videre forutsetter den at forskrift 1. desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, oppheves.

Modell 2 og 3 skiller seg fra dagens modell (modell 1) ved at statens finansiering av offentlige poliklinikker og private spesialister rettes mot regionale helseforetak, og ikke mot det utøvende nivået. Modell 3 skiller seg videre fra modell 1 og 2 ved at dagens takst- og refusjonssystemer avvikles. Forventede utgifter til offentlige poliklinikker og private spesialister fordeles i stedet til regionale helseforetak basert på behovsjusterte kriterier.



Figur 15.2 Antall ventende på poliklinisk behandling for hud-/veneriske sykdommer og øyesykdommer i helseregion øst og nord.

Utvalget forutsetter at pasientenes egenandeler ikke endres i noen av modellene. Staten fastsetter egenandelene likt for hele landet i alle modellene.

Modell 1 versus modell 2 og 3. Utvalget anser at dagens modell ikke samsvarer med styringsmodellen for regionale helseforetak. Dersom regionale helseforetak mottar poliklinikkrefusjonene, vil mulighetene for en samlet planlegging av pasientbehandlingen bedres. En løsning der midlene kanaliseres direkte til helseforetakene anses heller ikke å gi gode insitament for god og rasjonell styring fra statens side.

For å vurdere modellene må det også drøftes om regionale helseforetak bør gis mulighet til å avlønne eller refundere det tjenesteytende nivå på en annen måte enn dagens takst og refusjonssystem. Regionalt helseforetak har uansett mulighet til å påvirke det samlede økonomiske grunnlaget fordi statlige takster nå dekker gjennomsnittlig 50 prosent av kostnadene ved behandling. Men regionale helseforetak vil få mer spillerom for å styre virksomheten. Det vil da trolig oppstå forskjeller i refusjonssystemene i de ulike regionene og for ulike tjenesteytere. Dette er også ønskelig fordi regionale helseforetak kan bruke prismekanismen for å styre tilbudet for å prioritere i tråd med helsepolitiske målsetninger. De lokale og regionale variasjonene i ventetider kan brukes til å illustrere dette poenget. I noen regioner er det lange ventetider til én type behandling, mens det i andre regioner er ventetider til én annen type behandling. Figur 15.2 illustrerer den regionale variasjonen for to typer poliklinisk behandling.

Figur 15.2 viser totalt antall ventende, og antall som har ventet minst tre måneder for to typer poliklinisk behandling. Diagrammet viser at 280 personer ventet på poliklinisk behandling for hud- og veneriske sykdommer i Helse Øst RHF i annet tertial 2002, mens 1276 personer ventet på den samme type behandling i Helse Nord RHF. Kun 18 personer hadde ventet mer enn 3 måneder på behandling i Helse Øst, mens det tilsvarende tallet i Helse Nord var 490. For poliklinisk behandling av øyesykdommer var imidlertid bildet motsatt. I Helse Øst RHF ventet 2809 personer på slik behandling, mens det tilsvarende tallet fra Helse Nord RHF var 1475. Antall personer som hadde ventet mer enn 3 måneder var 1840 (Helse Øst) og 677 (Helse Nord)[1]. Disse ulikhetene impliserer at regionale helseforetak har behov for å utvikle regionalt tilpassede virkemidler for å håndtere disse proble-

1. Tallene er hentet fra Norsk Pasientregister (http://www.npr.no).

mene. En videreføring av dagens takst og refusjonsordninger direkte til helseforetakene og de private spesialistene vil ikke gi regionale helseforetak gode nok virkemidler til å løse problemene.

Modell 2 versus modell 3. Dersom man retter betalingsstrømmene mot regionalt helseforetak, men viderefører de statlige takst- og refusjonssystemene (modell 2), får regionalt helseforetak et ansvar for utbetalingene til tjenesteyterne som de ikke har i dag. Arbeidet med å motta data fra tjenesteyterne kan regionalt helseforetak utføre i egen regi, eller kjøpe fra andre.

Revisjon og kontroll er viktig i denne sammenhengen. I modell 2 kan Rikstrygdeverket fortsatt kontrollere at polikliniske takster ikke utløses på en urettmessig måte. Dersom modell 3 velges, avvikles dagens takst- og refusjonsordninger fra Rikstrygdeverket. Dermed er det ikke så stort behov for ekstern kontroll. Men det vil fortsatt være viktig å videreføre en god aktivitetsregistrering fordi utvalgets hovedmodell for finansiering (jf. kap 19) krever at aktiviteten registreres. Per i dag kontrollerer Sintef Unimed registreringen av DRG-poeng innen ISF-ordningen. Uansett hvilken modell som velges, må staten vurdere hvilke organer som bør ha ansvar for å kontrollere aktivitetsregistreringen. Det gjelder generelt, for alle typer bevilgninger, at en må kontrollere om vilkårene for bevilgningen er oppfylt.

Modell 3 ivaretar regionale fordelingshensyn bedre enn modell 2 ved at den bidrar til lik tilgang til helsetjenester (for personer med likt behov) mellom ulike helseregioner. Modell 3 er derfor tilpasset dagens organisasjonsmodell. Modellen vil også gi sterkere insitamenter til kostnadskontroll fordi staten ikke automatisk kompenserer økt aktivitet med mer penger. Men også i modell 3 kan regionale helseforetak velge å opprettholde ytelsesbaserte ordninger overfor det tjenesteytende nivået.

15.1.1 Utvalgets vurdering av finansieringsordningene til offentlige poliklinikker og private spesialister med driftsavtale

Dagens finansieringsordninger administreres av forskjellige offentlige etater og både det regionale og det lokale nivået (henholdsvis regionale helseforetak og sykehus/spesialister) mottar tilskudd. Systemet er fragmentert, effektene er uklare og måloppnåelsen er vanskelig å vurdere.

Utvalget har foreslått at den aktivitetsavhengige finansieringen av spesialisthelsetjenesten utvikles, og at en harmoniserer finansieringen av døgnbehandling/dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Utvalget anslår at det vil ta 5–7 år før et nytt kodeverk er operativt fullt ut. Utvalget har også foreslått at man utvikler en aktivitetsavhengig finansiering av psykisk helsevern for poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling.

Etter at man har utviklet et nytt finansieringssystem for somatikk og psykisk helsevern, kan dagens takst- og refusjonssystemer avvikles. I et nytt finansieringssystem er det ikke ønskelig at staten utbetaler takster eller refusjoner utenom regionale helseforetak og direkte til det tjenesteutøvende nivået.

Utvalget er delt i sitt syn på framdriften i omleggingen av refusjonsordningene. Utvalgets flertall går inn for en omlegging fra 2004 ved at statens nåværende takster og refusjoner styres inn mot regionale helseforetak, og ikke inn mot den enkelte tjenesteutøver. Utvalgets mindretall derimot mener at regionale helseforetaks styringsmuligheter er fullt ut ivaretatt selv om en tilleggsfinansiering i form av refusjoner kanaliseres utenfor regionale helseforetak.

For en utdyping av flertallets og mindretallets syn henvises det til kapittel 21.

15.2 Refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet, både offentlig og privat

I kapitlene 9 og 13 har utvalget drøftet finansieringen av laboratorie- og røntgenvirksomhet. Privat laboratorie- og røntgenvirksomhet får offentlig finansiering ved en egen refusjonsordning fra Rikstrygdeverket samt eventuelle driftstilskudd fra regionale helseforetak. Den polikliniske virksomheten ved de offentlige sykehuslaboratoriene og røntgenavdelingene finansieres delvis med poliklinikktilskuddet. Utgiftene, både hos offentlige og private, utløses av leger ved regionale helseforetak, private spesialister og allmennleger. Utvalget påpeker at det er behov for å se finansieringsordningene for offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet i sammenheng. Utvalget vurderer om det er hensiktsmessig å kanalisere alle refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet til regionale helseforetak.

Refusjonene som utbetales regionale helseforetak og private avtalespesialister for bruk av laboratorie- og røntgentjenester, bør overføres til regionale helseforetak. Det vil fjerne tredjepartsfinansieringen hvor spesialisthelsetjenesten bestemmer bruken av tjenesten, men ikke dekker de fulle kostnadene. Når det gjelder de private avtalespesialis-

tenes bruk av tjenestene, forutsettes det at regionale helseforetak får muligheter til å styre det. En fortsatt videreføring av midlene til det tjenesteytende nivået samsvarer ikke med styringsmodellen for regionale helseforetak. Ved at regionale helseforetak blir mottaker for refusjonene, sikres mulighetene for en samlet planlegging av laboratorie- og røntgenvirksomhet, både privat og offentlig. Det vil også være i tråd med en utvikling der man vrir finansieringsordningene vekk fra selvstendige tjenester og over til finansiering av hele behandlingsforløp. Et nødvendig steg i denne retningen er å flytte finansieringsansvaret for hele behandlingsforløpet til én aktør.

Utviklingen i utgifter til særlig røntgenvirksomhet viser at det er behov for en bedre planlegging og samordning av denne type virksomhet. Eksempelvis viser regnskapstall for de første åtte måneder av år 2002 at utbetalingene til offentlige røntgeninstitutter har vokst med 24 prosent i forhold til samme periode i fjor. For de private er veksten vel 50 prosent.[2]

Dersom regionale helseforetak får overført refusjonene til spesialisthelsetjenestens bruk av laboratorie- og røntgen kan de ønske å regulere volumet i avtalene. Det kan medføre at utvalgte institutter ikke får inngå avtale med det volumet de ønsker. På den annen side er laboratorie- og røntgentjenestene av en slik art at potensialet for konkurranseutsetting er stort. En overføring til regionale helseforetak kan dermed åpne for mer likebehandling fordi tjenesteyterne kan konkurrere om volumavtaler.

15.2.1 Utvalgets vurdering av refusjoner knyttet til laboratorie- og røntgenvirksomhet

Utvalget har vurdert om det er hensiktsmessig å kanalisere alle refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet til regionale helseforetak. En må da skille mellom laboratorie- og røntgentjenester knyttet til allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak kan ikke styre laboratorie- og røntgenrekvisisjonene som allmennlegetjenesten genererer. Utvalget tilrår derfor at folketrygdfinansieringen knyttet til allmennlegetjenester opprettholdes.

Utvalget er delt i sitt syn på om midlene til spesialisthelsetjenestens bruk av laboratorie- og røntgentjenester bør overføres til regionale helseforetak. Flertallets syn er at en fortsatt videreføring av midlene til det tjenesteytende nivået ikke samsvarer med styringsmodellen for regionale helseforetak. Ved at regionale helseforetak blir mottaker for disse refusjonene, bedres mulighetene for en samlet planlegging av laboratorie- og røntgenvirksomhet, både privat og offentlig. En slik overføring er i tråd med utvalgets ønske om å vri finansieringsordningene vekk fra selvstendige tjenester og over til finansiering av hele behandlingsforløp. Et nødvendig steg i denne retningen er å flytte finansieringsansvaret for hele behandlingsforløpet til én aktør. Utvalget legger også vekt på at potensialet for konkurranseutsetting av disse tjenestene er stort. En overføring av laboratorie- og røntgenrefusjonene til regionale helseforetak kan dermed åpne for likebehandling av private og offentlige aktører fordi tjenesteyterne kan konkurrere om å inngå avtaler.

Forslaget forutsetter at folketrygdloven § 5–5 endres slik at det framgår at i de tilfellene tjenesten rekvireres av et helseforetak eller en avtalespesialist som har avtale med et regionalt helseforetak, skal stønaden ytes til det regionale helseforetaket, eventuelt at det ikke skal ytes stønad dersom midlene legges inn i bevilgningen til regionale helseforetak. Dessuten må endringene følges opp i forskrift 27. juni 2002 nr. 897 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter og forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

Mindretallet gjør rede for sine synspunkter i kapittel 21.

Utvalget forutsetter at pasientenes egenandeler ikke endres, og at staten fortsatt fastsetter egenandelene likt for hele landet.

15.3 Finansiering av pasientbehandling i utlandet

Det vises til avsnitt 14.3.2 og 14.3.3 og til forslag i kapittel 21.

15.4 Øremerking av bevilgninger til regionale helseforetak

Utvalget har i flere sammenhenger blitt oppfordret til å vurdere om bevilgninger til ulike formål som helseforetakene skal ivareta, bør øremerkes. Utvalget mener det er nødvendig å avklare hva som menes med begrepet «øremerking».

2. Tall fra forslag til statsbudsjett (kap. 0732, post 77 og kap. 2711, post 76).

15.4.1 Øremerkede tilskudd før reformen

Da fylkeskommunene eide og drev sykehusene ble øremerking av bevilgninger brukt som et statlig styringsredskap. Øremerkingen skjedde da ved at bevilgninger ble gitt på egne poster i statsbudsjettet. Det ble knyttet vilkår til disse bevilgningene. Motstykket til øremerkede bevilgninger var fylkeskommunenes frie inntekter. De frie inntektene bestod av skatteinntekter og rammetilskudd fra staten.

Fordi fylkeskommunene er egne rettssubjekter, kan de ikke pålegges oppgaver uten at det er hjemlet i lov (legalitetsprinsippet). Øremerking av en bevilgning var da et alternativ til et lovpålegg. Staten kunne knytte vilkår til bevilgningen. Fylkeskommunen måtte da binde seg til å oppfylle vilkårene for å motta tilskuddet.

Øremerkede tilskudd kan utformes som en betaling per utført tjeneste (for eksempel ISF), og kalles da for prisvridende tilskudd. Tilskuddene skal også utformes slik at det knyttes et krav om at midlene skal anvendes til et bestemt formål. Et slikt vilkår er ofte supplert med visse krav til aktivitet, men sammenhengen mellom bevilgning og aktivitet kan være uklart formulert. Problemet med den siste typen tilskudd kunne noen ganger være at fylkeskommunene omprioriterte midler slik at den faktiske økningen i ressursbruk til formålet ble mindre enn det øremerkede tilskuddet.

15.4.2 Helseforetakslovens føringer for bevilgninger og kontroll

Etter at staten overtok de fylkeskommunale sykehusene, har staten kommet i en bedret styringsposisjon i spesialisthelsetjenesten. Lov om helseforetak gir viktige føringer for hvordan styringen kan utøves. Selv om helseforetakene er egne rettssubjekter, kan staten som eneeier både utøve styring gjennom lov og gjennom eierstyring. Helsedepartementet har etablert en egen avdeling som skal ivareta eierstyringen av de fem regionale helseforetakene.

§ 16 i helseforetaksloven inneholder bestemmelser om hvordan eier kan utøve eierstyring:

> «§ 16 Foretaksmøtets myndighet
>
> Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket utenom foretaksmøtet.
>
> Departementet kan utenfor foretaksmøtet sette vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak.»

I kommentarene til paragrafen i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) sies det bl.a. at det ligger i eierrollen

> «å følge opp foretakenes drift og resultater i forhold til fastsatte krav og i nødvendig utstrekning iverksette korrektive tiltak. Det er foretaksledelsens ansvar å sørge for at de mål eier setter for virksomheten realiseres best mulig med grunnlag i de ressurser som er stilt til rådighet for foretaket. (…)
>
> Det kan reises tvil om departementet yter bevilgninger til de regionale helseforetakene i kraft av sitt eierskap eller som myndighetsorgan. Spørsmålet om vilkår som departementet setter for bevilgninger til regionale helseforetak utenfor foretaksmøtet er bindende for foretakets ledelse vil dermed kunne være tvilsomt. Bestemmelsen i annet ledd er tatt inn for å avklare dette. Departementet kan sette bindende vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak uten at dette gjøres i foretaksmøtet. Det behov foretakets ledelse har for notoritet knyttet til pålegg fra departementet for å sikre en klar ansvarsdeling mellom eier og foretaksledelse, er ivaretatt ved vedtak om tildeling av midler. Foretakets styre vil kunne vurdere om det er villig til å bære ansvar i forhold til vilkårene som settes.»

Av paragrafen går det fram at det kan settes vilkår for bevilgningene. Dette gjelder uten hensyn til om bevilgningen er en del av basisbevilgningen eller eget tilskudd.

Regnskapslovens bestemmelser gjelder for helseforetak, og årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet (§ 43). Foretakene skal ha en revisor som velges av foretaksmøtet (§ 44). Revisor skal være registrert revisor eller statsautorisert revisor. Det statlige økonomireglementet vil gjelde for tilskudd. Når det gjelder Riksrevisjonens kontroll, som utføres på vegne av Stortinget, er det omhandlet i § 45 Riksrevisjonens kontroll:

> «I regionalt helseforetak, helseforetak og heleide datterselskaper til slike foretak, har Riksrevisjonen rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, så vel fra daglig leder som fra styre og revisor. Riksrevisjonen kan i den utstrekning den finner det nødvendig, selv foreta undersøkelser i foretaket og selskaper som er heleid foretak inkludert systematiske undersøkelser av foretakets økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra Stortingets vedtak og forutsetning. (…) »

Paragrafen innebærer at Riksrevisjonen har utstrakt rett til å kreve informasjon, og selv å gjøre undersøkelser. Denne retten er ikke bare knyttet

til tradisjonell økonomistyring og regnskapsføring, men dreier seg også om produktivitet og måloppnåelse. Slike undersøkelser kan gjøres, ikke bare for å vurdere måloppnåelse i forhold til eksplisitte Stortingsvedtak, men også i forhold til forutsetninger som lå til grunn for vedtakene. Riksrevisjonens rett til å kreve informasjon og til å gjøre undersøkelser, er bredt definert. Det er derfor viktig at man i utformingen av bevilgninger og finansieringssystem tar hensyn til at foretakene skal være i stand til å rapportere i forhold til måloppnåelse og forutsetninger for bevilgningsvedtakene. Dersom man i stor grad velger å knytte vilkår til bevilgninger, må man også vurdere mulighetene for å rapportere i forhold til disse vilkårene. Jo mer detaljerte vilkår en setter for bevilgningene, jo større blir kravene til rapportering.

15.4.3 Grader av vilkår

I hvor stor grad det knyttes vilkår til en bevilgning kan variere. Selv om midler bevilges som en del av basisbevilgningen, kan vilkårene være eksplisitte. For eksempel er det i statsbudsjettet for 2003 videreført en bevilgning på 6 mill. kroner i basisbevilgningen til Helse Nord RHF for å opprettholde driften av 42 sykestueplasser i Finnmark. Det er uklart ut fra teksten om det vil være i tråd med Stortingets forutsetninger å drive de 42 sykestueplassene for et lavere beløp enn 6 mill. kroner.

Ordninger hvor bevilgning er avhengig av aktivitet, knyttes, naturlig nok, opp mot faktisk aktivitet. Men det stilles ikke nødvendigvis vilkår om at de bevilgede midlene faktisk skal brukes til formålet. I ISF-ordningen forutsettes det at det produseres DRG-poeng for at en utbetaling fra bevilgningen skal kunne skje. Det stilles ikke krav om at sykehusene faktisk må bruke hele bevilgningen til somatisk pasientbehandling.

Når det gjelder opptrappingsplanen for psykisk helse, stilles det krav til aktivitet og resultater som er definert på ulike måter. Bl.a. skal det bygges distriktspsykiatriske sentre, antall døgnplasser for barn og ungdom og produktiviteten i poliklinikkene skal økes (St.prp. nr 1 (2002–2003)). I St.prp. nr 59 (2001–2002) er det også stilt krav om at:

- De øremerkede tilskudd skal i sin helhet benyttes til formålet.
- Øremerkede tilskudd skal komme i tillegg til og ikke erstatte egenfinansieringen av tjenesten.
- Økonomiske gevinster ved faglige effektiviseringer skal forbli innenfor sektoren psykisk helsevern.

I dette tilfellet er det både knyttet vilkår til aktivitet, resultater og til faktisk ressursbruk. I forbindelse med opptrappingsplanen vil derfor Riksrevisjonen kunne stille store krav til rapportering av både faktisk ressursbruk og måloppnåelse.

Avhengig av formålet for bevilgningen vil det kunne variere hvilke vilkår som stilles til foretakene. Ønskeligheten av å stille vilkår, vil avhenge av om bevilgende myndighet antar at det er nødvendig med slike vilkår for at foretakene skal ivareta et gitt formål.

15.4.4 Utvalgets vurdering av bruk av øremerkede midler

Utvalget viser til at helseforetakenes formål er definert i § 1. Det er derfor en grunnleggende premiss at helseforetakene skal ivareta formål som pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og undervisning. Utvalget søker derfor å utforme et finansieringssystem som støtter opp om disse formålene, samtidig som man gir regionale helseforetak frihetsgrader til å selv finne de beste løsningene for å oppfylle dem. Etter utvalgets syn bør det derfor bare settes spesifikke vilkår for bruken av bevilgningene hvis det:

- er overveiende sannsynlig at regionale helseforetak ellers ikke vil ha insitament til å ivareta et prioritert formål, og
- eierstyringen heller ikke vil kunne sikre at formålet ivaretas.

Kapittel 16
Forskning og undervisning

16.1 Innledning

I Spesialisthelsetjenesteloven § 3–8 er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende nevnt som oppgaver som sykehusene har særskilt ansvar for. Utdanning og forskning er altså blant hovedoppgavene for sykehusene. Utdanning og forskning er også hjemlet i Helseforetaksloven (§§ 1 og 2). Ansvaret for forskning og undervisning er, sammen med ansvaret for pasientbehandling og opplæring, videreført i beskrivelsen av foretakenes vedtekter (Helseforetaksloven §§ 10 og 11). Universitetssykehusene har et særskilt ansvar for forskning og utdanning som går utover det generelle ansvaret alle sykehusene har. Universitetssykehusene skal være i front når det gjelder klinisk forskning og skal initiere og organisere kliniske forskningsprosjekter, metode- og kompetanseutvikling, forskeropplæring og utdanning av legestudenter.

De medisinske fakultetene ved landets fire universiteter er tett integrert med universitetssykehusene. Foretaksmøtene har fastsatt instruks til styrene i regionale helseforetak om forholdet mellom foretakene og universiteter og høgskoler. Der blir det bl.a. slått fast at det skal opprettes samarbeidsorgan mellom de regionale foretakene og universiteter og høgskoler (pkt. 7), og at universiteter og høgskoler kan ta del i foretakets planlegging innen virksomhet som berører undervisning og forskning (pkt. 6). Universitetene og Norges forskningsråd har et overordnet strategisk ansvar for medisinsk forskning, herunder anvendt klinisk forskning. Som tilskuddsmottaker har regionale helseforetak ansvar for å målrette og prioritere anvendt klinisk forskning i tråd med nasjonal politikk. Det er forutsatt at klinisk forskning i regi av universitetssykehusene skal forankres i tilhørende universitetsmiljøer for å sikre forskningens relevans og kvalitet.

En hensiktsmessig organisering og finansiering av utdannings- og forskningsaktivitet i tilknytning til spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for en velfungerende helsetjeneste i framtida. Disse spørsmålene er derfor av stor betydning både for universiteter og høgskoler som delvis benytter sykehusene som arena for utdanning og forskning, og for regionale helseforetak som har ansvar for å tilby befolkningen gode helsetjenester. Et godt system for utdannings- og forskningsvirksomhet i sykehusene er en nødvendig premiss for en god spesialisthelsetjeneste. Et godt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten må derfor utformes slik at det virker fremmende også for denne delen av aktiviteten.

I den offentlige debatt har oppmerksomheten i stor grad vært rettet mot finansiering av pasientbehandlingen. Fra sykehus og forskningsmiljøer har det imidlertid vært økende bekymring for vilkårene for forskning og utdanning, og det reises spørsmål ved om eksisterende analyser av kostnadsforskjeller mellom sykehusene i tilstrekkelig grad tar høyde for forskjeller i omfanget av forskning og utdanning. Til nå har det vært vanskelig å kvantifisere omfanget av forskning og utdanning ved sykehusene. Dette er for eksempel ikke opplysninger som samles inn i forbindelse med den styringsinformasjonen som presenteres i Samdata-publikasjonene. Det har heller ikke ligget insitamenter i finansieringsordningene som har fått sykehusene til å dokumentere omfanget av forskning og utdanning. Finansiering av forskning og utdanning har, i hovedsak, inngått som en del av det såkalte regionsykehustilskuddet, men uten at tilskuddene har vært godt knyttet mot målbare aktivitetsstørrelser. Det er også uklart hvorvidt størrelsen på tilskuddene samsvarer med de reelle kostnadene. En del av forskningen har også vært finansiert fra eksterne kilder som Norges forskningsråd og fra farmasøytisk industri.

Dette kapitlet gir en oversikt over organisering og finansiering av forskning og undervisning i spesialisthelsetjenesten. Utvalget vurderer ordningene, prøver å gi estimater på reelle utgifter til forskning og undervisning og foreslår framtidige modeller for finansiering av disse aktivitetene.

Temaene har vært utredet i flere sammenhenger tidligere, og beskrivelse og evaluering i denne rapporten er til dels basert på disse utredningene:

- Hellandsvikutvalget (NOU 1996: 5) – Utvalget vurderte alternativer for finansiering og organisering/eierskap av regionsykehusene
- Slåttebrekkutvalget, 1998 – Interdepartemental arbeidsgruppe som vurderte innretningen på regionsykehustilskuddet
- Vandeskoggruppen, 2002 – Arbeidsgruppe som foreslo ny ordning for regionsykehustilskuddet

Det vil bli lagt spesielt vekt på sistnevnte rapport, som er utarbeidet etter at foretaksreformen ble gjennomført, og er et forarbeid til denne delen av utvalgets arbeid. I forhold til de to første utredningene, Hellandsvikutvalget og Slåttebrekkutvalget, er det verdt å merke seg at det nå finnes et universitetssykehus innenfor hver enkelt region. Dette gir muligheter for betydelige forenklinger i statens finansieringen av forskning og undervisning.

Pasientbehandling ved de høyspesialiserte funksjoner skjer som regel i nær tilknytning til forskningsmiljøene ved sykehusene. Diskusjonen av finansiering av høyspesialiserte funksjoner er lagt til kapittel 12, mens forskning og kompetanseutvikling tilknyttet disse funksjonene behandles i dette kapitlet.

Selv om drøftingen i kapitlet primært gjelder forholdet stat-regionale helseforetak, kan diskusjonen av indikatorer for fordeling av inntekter til forskning og undervisning ha relevans for de regionale helseforetakenes videre fordeling av disse inntektene til helseforetakene.

16.2 Dagens finansiering av forskning og undervisning

Finansiering av forskning skjer via regionsykehustilskuddet, Norges forskningsråd, farmasøytisk industri, og andre mindre kilder. Universitetene gir betydelige bidrag til forskningen ved universitetssykehusene, i første rekke gjennom fast og midlertidig ansatt vitenskapelig personale. Sykehusene får kompensert for kostnader knyttet til undervisning (heft), dels gjennom basisbevilgningene og regionsykehustilskuddet og dels gjennom bidrag fra høgskolene.

16.3 Regionsykehustilskuddet

Dagens regionsykehustilskudd har som formål å gi et økonomisk grunnlag slik at det i de aktuelle sykehus kan bygges opp og vedlikeholdes en infrastruktur for å:

- 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 et eller flere regionsykehus
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisthelsetjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå

Som et øremerket tilskudd har regionsykehustilskuddet i all hovedsak vært rettet mot de fire fylkeskommunale regionsykehusene, og etter sykehusreformen – mot de respektive regionale helseforetak[1].

På bakgrunn av forslag til omlegging av regionsykehustilskuddet i St.meld. nr. 24 (1996–1997) Tilgjengelighet og faglighet og Stortingets behandling i Innst. S. Nr. 237 (1996–1997), ble Slåttebrekkutvalget nedsatt i 1998. Bakgrunnen for etablering av gruppen var behovet for en tettere oppfølging med bruken av regionsykehustilskuddet. Formålet med gruppens arbeid var å anbefale en mer målrettet finansieringsordning mot de spesialiserte behandlingstilbud som enten er regionfunksjoner, flerregionale funksjoner, landsfunksjoner, samt forskning og undervisning.

På bakgrunn av Slåttebrekkrapporten ble det i 1999 foretatt en firedeling av regionsykehustilskuddet:

1. Tilskudd til basiskostnader må anses som en rammefinansiering som ikke retter seg mot målbar aktivitet. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til regionale helseforetak (tidligere regionsykehusfylkene) for de merkostnader som er knyttet til å eie og drive et regionsykehus. Dette omfatter bl.a. infrastrukturkostnader knyttet til drift og vedlikehold av arealer, utstyr mm. tilknyttet særskilte funksjoner, forskning og undervisning, samt merkostnader knyttet til høyere bemanningsfaktor sammenlignet med andre sykehus. Midler til subsidiering av gjestepasienter og regionpasienter er også inkludert i basistilskuddet. Videre ligger det midler inne til regionfunksjoner som er overført fra tilskudd til særskilte funksjoner.
2. Tilskudd til særskilte funksjoner går til lands- og flerregionale funksjoner og landsdekkende kompetansesentra. Landsfunksjoner utføres

1. Helse Sør RHF er ikke med i ordningen da Rikshospitalet og Radiumhospitalet som regionsykehus for Helse Sør RHF har hatt egen bevilgning på statsbudsjettet. Etter den statlige overtakelsen er bevilgningene lagt inn i basisbevilgningen til Helse Sør RHF.

Tabell 16.1 Fordeling av regionsykehustilskuddet på de ulike helseregionene[1)] i 2002 (i 1000 kroner).

RHF	Basis	Særskilte funksjoner	Forskning	Undervisning	Overføringer[2)]	Sum	Andel
Helse Øst	404 868	24 936	17 500	59 688	9 100[3)]	516 092	26 %
Helse Vest	414 576	37 630	26 348	110 950		589 504	30 %
Helse Midt-Norge	347 311	28 025	16 597	69 127	1 000[4)]	462 060	23 %
Helse Nord	328 748	13 388	17 606	53 352	4 250[5)]	417 344	21 %
Sum	1 495 503	103 979	78 051	293 117	14 350	1 985 000	100 %

1) Helse Sør RHF ikke med, da Rikshospitalet fortsatt hadde eget budsjettkapittel for 2002.

2) Dette gjelder overføringer fra andre kapitler på statsbudsjettet.

3) 3 mill. kroner til tidligere statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og 6,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom på Aker sykehus.

4) 1 mill. kroner til Kompetansenter for ultralyd ved Regionsykehuset i Trondheim.

5) 4,25 mill. kroner til Program for aldersforskning.

bare ett sted i landet, flerregionale funksjoner utføres ved flere, men ikke alle regionsykehus, mens kompetansesentra har et spesielt ansvar for bl.a. å drive faglig utvikling, kompetanseutvikling og veiledning over hele landet.

3. Tilskudd til forskning er rettet mot konkrete forskningsprosjekter innen klinisk forskning og utprøvende behandling.
4. Tilskudd til undervisning gis som delvis kompensasjon for sykehusenes merkostnader ved at undervisning av medisinstudenter inngår i den kliniske behandlingen. Tilskuddet tilsvarer 860 000 kroner per uteksaminert medisinerstudent.

Bevilgning i 2002 over statsbudsjettets kap. 730 post 72 er på 1,985 mrd. kroner, hvorav 1,5 mrd. kroner (basistilskudd), 104 mill. kroner (særskilte funksjoner), 78 mill. kroner (forskning) og 293 mill. kroner (undervisning). Fra 1999 består basistilskuddet av tre elementer:

– en fast komponent som fordeles likt mellom regionsykehusene[2]
– en variabel del som er knyttet til regionens størrelse og alderssammensetning, samt nasjonale tall for befolkningens bruk av regionsykehuset
– en skjønnsmessig komponent som ivaretar forhold ved det enkelte regionsykehus, og som ikke fanges opp av de objektive kriteriene

2. Dette ble endret fra 2002 etter en gjennomgang av hvilke funksjoner som skal dekkes av tilskudd til særskilte funksjoner. Kun godkjente lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra skal ligge i tilskuddet til særskilte. Alle andre funksjoner, inkludert regionfunksjoner ble lagt inn i basistilskuddet.

Tabell 16.1 viser fordelingen av regionsykehustilskuddet på regionale helseforetak i 2002.

Som det framgår av tabellen utgjør i 2002 tilskuddet til forskning 78 mill. kroner eller 3,9 prosent av de samlede tilskuddsbeløpet i regionsykehustilskuddet. I alt 44 mill. kroner av tilskuddet på 78 mill. kroner er avsatt til utprøvende kreftbehandling av høydosebehandling av autolog stamcellestøtte (HMAS). Midler til annen forskning utgjør derfor 34 mill. kroner – eller 1,7 prosent av regionsykehustilskuddet. Det er videre antatt at deler av det generelle kostnadsbidraget i basistilskuddet går til forskning, men det er vanskelig å anslå størrelsen på beløpet ettersom muligheten for å identifisere disse kostnadene ikke foreligger.

Regionsykehustilskuddet omfattet ikke de tidligere statssykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Midler til forskning var her en integrert del av driftsbevilgningene til sykehusene. Disse bevilgningene går nå til Helse Sør.

16.4 Finansiering av forskning

I tillegg til forskningsfinansiering gjennom regionsykehustilskuddet, mottar sykehusene forskningsbevilgninger fra Norges forskningsråd og andre eksterne kilder. Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) lager jevnlig anslag over utgifter til forskning og utvikling ved universitetssykehusene. Med universitetssykehus menes alle sykehus som driver undervisning i regi av universitetene, det vil si de tidligere regionsykehusene, Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker sykehus, samt enkelte andre). NIFU beregner driftsutgifter til forskning basert på tidsbruksundersøkel-

Tabell 16.2 Utgifter til lønn og overhead ved sykehus som driver undervisning på vegne av universitetene, 1999.

Finansieringskilde	Mill. kroner
Grunnbudsjett:	
Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet	209
Sosial og helsedepartementet	297
Andre	7
Sum grunnbudsjett	513
Annen finansiering:	
Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet	0
Sosial- og helsedepartementet	22
Andre departement mv.	8
Norges forskningsråd	55
Fond/gaver	105
Næringslivet	34
Utland	6
Sum annen finansiering	230
Sum all finansiering	743

Kilde: NIFU.

ser blant de som har sitt daglige virke ved disse sykehusene. NIFU forsøker også å knytte utgiftene til ulike finansieringskilder.

Tabell 16.2 viser anslag på lønn og overhead for personer som arbeider med forskning og utvikling i universitetssykehusene i 1999 som er siste år med tilgjengelige data. Anslaget omfatter både rene sykehusavdelinger og universitetstilknyttede institutter.

Finansiering over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets grunnbudsjett omfatter i hovedsak lønn og andre driftsutgifter knyttet til universitetslønnet personale ved universitetssykehusene, mens finansiering over Sosial- og helsedepartementets grunnbudsjett omfatter lønn og andre driftsutgifter knyttet til sykehuslønnet personale som oppgir å delta i FoU-virksomhet. Annen finansiering omfatter i hovedsak gaver og tilskudd fra fond og prosjekter fra Norges forskningsråd.

16.5 Finansiering av metodeutvikling og kvalitetssikring

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å drive forskning. Dette gjelder ikke bare for universitetssykehusene. Dette er understreket av Sosialkomiteen i Innst. O. Nr. 118 (2000–2001) i forbindelse med behandlingen av lov om helseforetak:

«For at en metodisk og systematisk tilnærming til evaluering av klinisk praksis og kliniske resultater skal komme hele sykehusvesenet til gode, er det imidlertid viktig at også sentralsykehus og andre sykehus trekkes aktivt med i den kliniske forskning.»

I rapporten Sykehusreformen – noen eierperspektiv (Sosial- og helsedepartementet 2001) argumenteres det for å sikre balansen mellom offentlig finansiert klinisk forskning og kommersielt initiert og finansiert forskning må:

«… det offentlige helsevesen gis mulighet til å prioritere kliniske forskningsprosjekter med den begrunnelse at de er faglig viktige og interessante. For å lykkes med dette arbeidet må det vurderes å knytte mindre sykehus til klinisk og evalueringsorientert FoU-aktivitet. Ved slik å inkludere statlige sykehus i et FoU-nettverk, kan visjonen om en allmenn kvalitetsutvikling og kompetansespredning lettere la seg realisere. Slike FoU-nettverk gir også gode muligheter til å kople forskning og oppbygging av metodekompetanse tettere mot spesialistutdanningen. Nettverkene bør også gjøre det enklere å finne praktiske løsninger som oppmuntrer til hyppigere gjensidig hospitering mellom miljøer.»

Så langt har det vært opp til regionale helseforetak og helseforetakene selv å finne ut hvordan denne virksomheten best kan organiseres. Det har ikke vært noen særskilt finansiering fra statens

side utover finansiering av tidsavgrensede prosjekter. Finansieringen av disse aktivitetene er altså i dag en integrert del av finansieringen av pasientbehandlingen for regionale helseforetak.

16.6 Finansiering av undervisning

Det finnes mange ulike yrkesgrupper som får hele eller deler av sin utdanning i spesialisthelsetjenesten. Utdanningen foregår både som praktisk rettet undervisning i pleie og behandling, og som forskningsbasert spesialisering. Det tilfører sykehusene en merverdi å delta i utdanning fordi det bidrar til ansattes faglige utvikling. I tillegg kan studentene også yte noe hjelp i pasientbehandlingen. På den annen side medfører det også kostnader fordi personalet må sette av tid til veiledning, det blir større behov for areal og utstyr og det gir noe merforbruk av materiell.

Gjennom regionsykehustilskuddet gis sykehusene kompensasjon for undervisning av medisinerstudenter. Som nevnt over, er tilskuddet på 860 000 kroner per ferdig medisinerstudent.

Fra 1992 har det eksistert kompensasjon for kostnader knyttet til praksisundervisningen for sykepleierutdanningen. Midlene tildeles høgskolene (som en del av rammebevilgningen) for overføring til praksisstedene etter nærmere avtale. I 2002 utgjør bevilgningen 37 mill. kroner, eller om lag 170 kroner per student per praksisuke. Midlene har i hovedsak blitt benyttet til å kjøpe fri personer som har veiledning som hovedoppgave på praksistedet. Men midlene er også benyttet til vikarer for veiledere som tar kurs, til faglitteratur og til audiovisuelt utstyr. For øvrige utdanninger under helsefaghøgskolene gis ingen kompensasjon. Forutsetningen er at helseinstitusjonenes andel av utgifter til veiledning av disse studentene ligger i rammene til helseinstitusjonene (kf. brev fra Sosial- og helsedepartementet av 18.05.02). De fleste høgskolene betaler imidlertid veiledningsgodtgjøring til helseinstitusjonene for alle typer helsefagutdanninger. Dette har vært regulert gjennom lokale samarbeidsavtaler. Avtalene varierer bl.a. når det gjelder timesatser, hvor mange timer per uke det godtgjøres og hvem som godtgjøres (institusjonen/personalet).

Turnuskandidatene lønnes av sykehusene. Fra 1997 ble det innført en ordning med tilskudd til sykehus for delvis å kompensere for sykehusenes kostnader til veiledning av turnuskandidater. Tilskuddet er 25 000 kroner for kandidater med ett års turnustjeneste (medisinere og jordmødre). Samlet tilskudd til fylkeskommunene er blitt beregnet ved å summere antall årsverk som er utført av turnuskandidater ved sykehusene i løpet av året. I 1998 ble det gitt tilskudd for om lag 680 årsverk. Tilskuddet utbetales fra Sosial- og helsedirektoratet.

Spesialisering av leger finansieres delvis via legeforeningens fond som er bygget opp via statlige bevilgninger i forbindelse med forhandlinger mellom legeforeninger og staten om normaltariffen for private legespesialister.

Utvalget kjenner ikke til øvrige statlige kompensasjonsordninger for utdanninger.

16.7 Beskrivelse av forsknings- og undervisningsaktivitet

For å få en bedre beskrivelse og analyse av forsknings- og undervisningsaktiviteten ved norske sykehus har utvalget fått utført et prosjekt i regi av Frisch-senteret og Sintef Unimed (Kittelsen, Magnusen og Piro 2002). Prosjektets hovedmålsetting har vært å kartlegge og kostnadsberegne forskning og undervisning ved sykehusene. Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) har under ledelse av Norges forskningsråd (Medisin og helse) på oppdrag for Helsedepartementet utført en liknende kartlegging, men uten å videreutvikle denne til en kostnadsanalyse. Sivertsen (2002) gir en foreløpig oppsummering av resultatene fra NIFU-studien. Begge studiene gir etter utvalgets vurdering god beskrivelse av forskningsaktiviteten ved norske sykehus.

16.7.1 Nærmere om forskningsaktiviteten

Kittelsen m.fl. (2002) tar utgangspunkt i at artikler utgjør 93 prosent av alle publikasjoner innen medisinsk forskning ved norske universiteter og høgskoler (Kyvik 2001). En annen publiseringsform som gir et grovt mål på forskningsaktivitet ved sykehusene, er antall medisinske doktorgrader. En typisk doktoravhandling vil bestå av publiserte artikler fra anerkjente vitenskapelige tidsskrifter, samt et sammendrag som viser hvordan artiklene til sammen utgjør et helhetlig prosjekt (Friis og Vaglum 1999). Antakelsen er at disse to publiseringsformene på en god måte representerer en parameter for sykehusenes totale forskningsomfang.

Frisch-Unimedstudien viste at det ikke var mulig å innhente informasjon om artikkelproduksjon direkte fra sykehusene. Rapporteringen var svært mangelfull og vilkårlig, og ga lite pålitelige resultater. For å sikre lik behandling av sykehu-

Tabell 16.3 Antall artikler i SCI etter region, 1999–2001.

	1999	2000	2001	Totalt
Øst	289 (21,3 %)	373 (27,1 %)	366 (25,4 %)	1028 (24,6 %)
Sør	572 (42,2 %)	530 (38,6 %)	594 (41,2 %)	1696 (40,7 %)
Vest	246 (18,2 %)	237 (17,2 %)	267 (18,5 %)	750 (18,0 %)
Midt-Norge	139 (10,3 %)	142 (10,3 %)	131 (9,1 %)	412 (9,9 %)
Nord	109 (8,0 %)	93 (6,9 %)	83 (5,8 %)	285 (6,8 %)
Totalt	1355 (100 %)	1375 (100 %)	1441 (100 %)	4171 (100 %)

sene, samt god etterprøvbarhet, ble det besluttet å bruke databasen Science Citation Index (SCI)[3], som er verdens største tverrfaglige bibliografiske database innen naturvitenskap, medisin og teknologi. Det er en utbredt oppfatning at den samling av tidsskrifter som dekkes av SCI representerer hovedmengden av den forskning som utføres. Alle artikler i basen som i tidsrommet 1999–2001 som var indeksert ved Norway ble gjennomgått, for på denne måte å identifisere artikkelproduksjon ved de enkelte sykehusene. Figur 16.3 viser artikler etter region for perioden 1999–2001.

Data om doktorgrader er hentet inn fra sykehusene. Doktorgrader hvor minst halvparten av arbeidet er utført ved sykehus er regnet med. Merk at dette innebærer at hele arbeidsbelastningen legges på det året kandidaten disputerer. Tabell 16.4 viser doktorgrader etter region og år.

Antall artikler kan altså ses på som en indikator for omfanget av forskningsproduksjonen. Antall siteringer en artikkel har oppnådd, kan videre tas som uttrykk for i hvilken grad publikasjonen har fått gjennomslag, eller er blitt synliggjort. Artikkelens gjennomslagskraft måles gjerne ved en såkalt «impact factor» (IF). Det er imidlertid alminnelig enighet blant bibliometrikere om at man skal være ytterst varsom med å tolke publiserings- og siteringsfrekvens som et direkte uttrykk for forskningens kvalitet (Bruen Olsen og Kaloudis 1997). Riktignok er det rimelig å anta at et tidsskrift med høyere IF enn et annet i gjennomsnitt publiserer bedre artikler, men hvor store tallmessige forskjeller mellom tidsskrifter det er rimelig å se som reelle kvalitetsforskjeller er vanskelig å fastslå. En metode som kan legge en demper på skjeve og systematiske tallstørrelser i IF, er gjennomført av Linna et al (1998) i en studie av forskningspublisering i Finland, der IF vektes etter modellen gjengitt i tabell 16.5.

I likhet med Linna et al har Kittelsen m.fl. (2002) inkludert et tidsskrift som ikke er indeksert i SCI, men som allikevel er viktig – Tidsskrift for Den norske lægeforening. Dette fordi det er den aller mest benyttede publiseringsarenaen for norske sykehus. Tidsskriftet benytter referee-ordning i likhet med tidsskriftene indeksert i SCI, og tilfredsstiller dermed de samme kvalitetskriteriene som tidsskriftene i SCI gjør.

Det er i tillegg vurdert om artikler skal vektes etter forfatterrekkefølge.

NIFU utfører et utviklingsarbeid under ledelse av Norges forskningsråd (Medisin og helse) på oppdrag for Helsedepartementet. Målet for prosjektet er å finne fram til hensiktsmessige indikatorer og mål for forskningsaktiviteten ved helsefore-

3. Se: http://isi5.isiknowledge.com/portal.cgi

Tabell 16.4 Antall doktorgrader etter region, 1999–2001.

	1999	2000	2001	Totalt
Øst	26 (28,0 %)	19 (25,3 %)	17 (18,7 %)	62 (23,9 %)
Sør	46 (49,5 %)	36 (48,0 %)	42 (46,2 %)	124 (47,9 %)
Vest	8 (8,6 %)	8 (10,7 %)	19 (20,9 %)	35 (13,5 %)
Midt-Norge	8 (8,6 %)	8 (10,7 %)	7 (7,7 %)	23 (8,9 %)
Nord	5 (5,4 %)	4 (5,3 %)	6 (6,6 %)	15 (5,8 %)
Totalt	93 (100 %)	75 (100 %)	91 (100 %)	259 (100 %)

Tabell 16.5 Vekter i forskningsvariabelen til Linna et al.

	Impact factor (IF)	Vekt
Finske journaler	–	0,5
Internasjonale journaler	< 1,0	1,0
Internasjonale journaler	Mellom 1,0 og 4,0	2,0
Internasjonale journaler	> 4	3,0
Doktorgrader	–	6,0

Tabell 16.6 Vekting av SCI-publikasjoner, nasjonale publikasjoner og doktorgrader.

	1999	2000	2001	Totalt
Øst	734,5 (22,6 %)	859 (26,5 %)	842,5 (23,9 %)	2436 (24,3 %)
Sør	1418,5 (43,6 %)	1313 (40,4 %)	1504 (42,6 %)	4235,5 (42,2 %)
Vest	518 (15,9 %)	540,5 (16,6 %)	661,5 (18,7 %)	1720 (17,2 %)
Midt-Norge	325,5 (10,0 %)	328 (10,1 %)	306,5 (8,7 %)	960 (9,6 %)
Nord	254 (7,8 %)	206 (6,3 %)	214,5 (6,1 %)	674,5 (6,7 %)
Totalt	3250,5	3246,5	3529	10 026

takene. Det er en målsetning å kunne dokumentere både produktivitet og kvalitet på forskning i spesialisthelsetjenesten. Det er meningen at informasjon om forskningsaktivitet skal kunne danne et grunnlag for tildeling av forskningsmidler over budsjettene.

16.7.2 Nærmere om undervisningsaktiviteten

Omfanget av utdanning ved sykehusene, og særlig universitetssykehusene er betydelig. Følgende grupper får sin praksis og delvis den teoretiske undervisningen ved sykehusene: medisinerstudenter, sykepleierstudenter, radiografer, bioingeniører, fysioterapeuter, ergoterapeuter, spesialsykepleiere, turnuskandidater, spesialistkandidater, enkelte hovedfagsstudenter, psykologer, odontologer, barnevernpedagoger, logopeder osv., samt ulike grupper helsepersonell under etterutdanningskurs (NOU 1996: 5, NOU 1999: 15). Som nevnt foran er turnusplasser i sykehus for jordmorkandidater, fysioterapikandidater og medisinere aktivitetsfinansiert. Regionale helseforetak er også gitt et tilskudd over Helsedepartementets budsjett som blant annet skal dekke aktivitet ved universitetsklinikkene til forskning og undervisning av medisinstudenter.

Grunnutdanning

Helsefagstudenter. Utdanningen av helsefagstudenter foregår ved offentlige og private høgskoler. Praksisundervisningen, som er en obligatorisk del av utdanningene, gis ved alle typer sykehus og også innenfor primærhelsetjenesten. Innenfor gruppen helsefagutdanninger som har praksisundervisning i spesialisthelsetjenesten finnes flere ulike utdanninger. Tabell 16.7 viser faktisk økning i studentopptaket i sosial- og helsefaglige grunnutdanninger ved høgskolene i perioden 1990 til 2001 målt i antall registrerte heltidsekvivalenter.

Tabellen viser at det har vært en sterk vekst i opptaket til ulike helsefagutdanninger i løpet av 1990-årene. Etterspørselen etter praksisplasser ved sykehus har derfor også økt betydelig.

Endringer i aktivitetsnivået til helsefagutdanningene blir vurdert i de årlige budsjettrundene. Det samlede nasjonale behovet for helsefagkandidater, avveiningen mellom ulike formål på statsbudsjettet, kapasiteten ved høgskolene og ved sykehusene er forhold som teller ved fastsetting av aktivitetskravet. Høgskolene har imidlertid anledning til å ta opp flere studenter enn det som er fastsatt som aktivitetskrav.

Medisinerstudenter. I henhold til helseforetaksloven har regionsykehusene et særlig ansvar for å legge til rette for utdanning av medisinske kandi-

Tabell 16.7 Studentopptak (heltidsekvivalenter) ved helsefagsutdanningene, 1990–2001.

Utdanning	1990	1998	2001	prosentøkning 1990–2001
Sykepleier	2 519	4 100	4 414	75,2
Sosionom	367	795	965	162,9
Vernepleier	300	793	895	198,3
Barnevernspedagog	220	677	801	264,1
Fysioterapeut	184	305	328	78,3
Bioingeniør	186	269	252	35,5
Ergoterapeut	80	189	253	216,3
Radiograf	84	136	239	184,5
Sum	3 940	7 264	8 147	106,8

Kilde: Praksisgruppa, 2002.

dater i samarbeid med de medisinske fakultetene. Videre har samarbeidsorganene et ansvar for planlegging, oppfølging og rapportering i forhold til undervisningen. For å ivareta dette ansvaret yter staten, gjennom regionsykehustilskuddet, kompensasjon for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske delen av studiet. Det rapporteres i forhold til faktisk antall studenter. Slik rapporteringen er i dag, er det ikke mulig å etterprøve om midlene går til undervisning.

Også antall medisinerstudenter har økt betydelig de siste årene. Opptaket ved de norske universitetene er nesten doblet i perioden 1990 til 2001, fra 310 til 600 studenter (Statistisk sentralbyrå 2002).

Turnustjenesten er overgangen mellom det medisinske studium og selvstendig arbeid som lege. I løpet av ett år skal studentene praktisere i ulike deler av helsetjenesten. Tjenesten kompletterer grunnutdanningen og er obligatorisk for å oppnå autorisasjon som lege i Norge. Turnustjenesten er ikke en fortsettelse av universitetsstudiet, men en opplæring under arbeid hvor man gjennom praktisk virksomhet skal skaffe seg mer erfaring og viten. Målet for turnustjenesten er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning og oppfølging skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre vanlig legevirksomhet selvstendig på en forsvarlig måte (Statens helsetilsyn rundskriv IK-17/98). Turnuslegene medfører også indirekte kostnader i form av relativt omfattende bruk av diagnostiske tjenester av klinisk uerfarne turnusleger, redusert produktivitet blant sykepleiere og annet personell som hjelper til med undervisning og veiledning, og bruk av dyr medisinsk teknologi til forsknings- og utdanningsaktiviteter.

Videreutdanning/spesialisering

Videre- og etterutdanning er sentralt for å sikre personalets kompetanse slik at pasienter tilbys riktig behandling. Dette finansieres primært over helseforetakenes egne budsjetter uten særskilt statlig finansiering. De største ordningene innenfor videreutdanning er spesialiseringsutdanningen av medisinere og sykepleiere. Disse er gitt videre omtale her. Når det gjelder etterutdanning, har ikke utvalget gått spesielt inn på å vurdere finansieringsordninger.

Helsefag. Spesialiseringen av sykepleiere ble tidligere gitt i regi av sykehusene. Fra 1999/2000 ble den overført til høgskolene, som nå gir slik utdanning basert på oppdrag fra sykehusene. Til forskjell fra grunnutdanningen, er det altså sykehusene/sykehuseier som avgjør hvor mange som utdannes. Her er det altså foretakenes behov som vil være styrende for utdanningskapasiteten, og ikke de nasjonale hensynene. Spesialiseringsretningene er intensiv, operasjon, anestesi, onkologi og pediatri (rangert etter antall deltakere på studiet i 2001). Varigheten på utdanningene varierer mellom 60 og 74 uker. I 2001 var antallet deltakere på slike utdanninger om lag 600.

Medisinere. Staten har det overordnede ansvaret for organisering og finansiering av utdanningen av legespesialister. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling ble etablert 1. januar 1999. Nasjonalt råd har, på vegne av Helsedepartementet, ansvar for systemet for spesialistutdanning inkludert godkjenning av den enkelte utdanningsinstitusjon, krav til faglig innhold og tjenestetid. Den norske lægeforening er delegert ansvar for godkjenning av den enkelte

Tabell 16.8 Legestillinger (årsverk) fordelt på de regionale foretakene, 2001.

	Overleger	Assistentleger	Assistentleger per overlege
Helse Øst RHF	2212	1044	0,47
Helse Sør RHF	1448	691	0,48
Helse Vest RHF	1158	553	0,48
Helse Midt-Norge RHF	828	399	0,48
Helse Nord RHF	630	352	0,59
Totalt	6276	3039	0,48

Kilde: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

spesialist. Universitetene har ansvar for kursvirksomhet i samarbeid med legeforeningen.

Sykehusene har plikt til å delta i utdanningen av helsepersonell. I forbindelse med utdanningen av legespesialister, skjer det gjennom at sykehusene ansetter leger i assistentlegestillinger. Det gis ingen særskilt finansiering av denne utdanningen fra staten til regionale helseforetak. En stor del av kostnadene blir finansiert av Legeforeningen gjennom foreningens utdanningsfond. Disse fondene er bevilget fra staten og er bygget opp ved årlige avsetninger i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen for privat spesialistpraksis.

Spesialistutdanningen starter etter autorisasjon som norsk lege, det vil si etter minst seks års medisinstudium og påfølgende ett og et halvt års turnustjeneste. Minimumstiden for utdanning etter fullført embetseksamen og turnustjeneste er 5–6 år i hovedspesialitetene og 7 år i grenspesialitetene. Mediantid for utdanning i hovedspesialitet var 8 år i 1997. Det meste av den praktiske gjennomføringen av utdanningen foregår på tjenestesteder, det vil si på sykehusavdelingen for de sykehusbaserte spesialitetene. Det innebærer at arbeidsgiveren har en sentral rolle for å legge forholdene til rette for gjennomføringen av utdanning, og legers deltakelse i undervisning, veiledning og forskning. Her har arbeidsgiveren en plikt som er hjemlet i sykehusloven § 8. Det er også hjemlet i ny lov om spesialisthelsetjeneste (§ 3–8) (Nasjonalt råd 2001).

Utdanningen av legespesialister er ikke jevnt fordelt på sykehusene. Men forskjellene utjevnes på regionsnivå. Helse Nord utdanner flere spesialister i forhold til antall overleger enn de øvrige regionene, kf. tabell 16.8.

Antallet godkjenninger av nye legespesialister har økt fra 592 i 1990 til 801 i 2001. I 1998 var antallet det høyeste i perioden med 991 godkjenninger (Kilde: Legeforeningen).

16.8 Alternative modeller

Som diskutert i kapittel 5, har universitetene og høgskolene i møte med utvalget trukket fram flere problemer som kan knyttes til finansiering av forskning og undervisning.

- Det er uklart om regionsykehustilskuddet i tilstrekkelig grad er kommet forsknings- og undervisningsaktivitetene ved regionsykehusene til gode.
- Universitetene har ikke reell innflytelse over midlene som skal gå til forskning og undervisning.

Som bidrag til å løse disse og andre problemer på dette feltet, har utvalget fått innspill fra flere hold. Her følger en omtale av forslagene fra Vandeskoggruppen og Praksisgruppa, samt en kort oversikt over finansiering av forskning og undervisning i enkelte andre land.

16.8.1 Vandeskoggruppens forslag

Arbeidsgruppen bestod av medlemmer fra Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, sykehus- og universitetssektoren og Norges forskningsråd. Gruppen ble ledet av ekspedisjonssjef Gerd Vandeskog i Helsedepartementet. Rapporten ble avlagt 17. juni 2002. Formålet med arbeidsgruppen var å gjennomgå dagens regionsykehustilskudd (jf. omtalen i 16.2.1) sett i forhold til den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten.

Vandeskoggruppens rapport inneholder de følgende forslagene:

- Etablering av et nytt universitetssykehustilskudd
- Avklaring av begrepet «universitetssykehus»
- Styrking av samarbeidsorganet mellom universitetene og universitetssykehusene

I det videre omtales forslagene nærmere.

Universitetssykehustilskuddet. Arbeidsgruppen foreslår å erstatte dagens regionsykehus med et nytt universitetssykehustilskudd. Det nye universitetssykehustilskuddet vil bestå av tre deler:

- nytt tilskudd til forskning og kompetanseutvikling
- tilskudd til undervisning
- nytt infrastrukturtilskudd knyttet til forskning og undervisning

Arbeidsgruppen foreslår at midler til infrastruktur til forskning og undervisning, som i dag ligger i basisdelen av regionsykehustilskuddet, samt infrastruktur til forskning og kompetanseutvikling tilknyttet særskilte funksjoner overføres til et nytt infrastrukturtilskudd tilknyttet forskning og undervisning.

Under forutsetning av at midler til infrastruktur til forskning og kompetanseutvikling og undervisning trekkes ut av basistilskuddet, foreslår arbeidsgruppen at det resterende basistilskuddet som skal dekke regionfunksjoner, subsidiering av gjestepasienter mv., legges inn i basisbevilgningen til regionale helseforetak. Arbeidsgruppen mener sykehusreformen ikke lenger nødvendiggjør øremerking av den delen av basistilskuddet som går til pasientbehandling.

Ved en innlemming av restdelen som skal dekke subsidiering av regionfunksjoner og gjestepasienter mv. i basisbevilgningen til regionale helseforetak foreslår arbeidsgruppen at det tas sikte på en mer nøytral fordeling av basistilskuddet, i hovedsak etter objektive kriterier. Det bør foretas beregninger for å anslå omfanget av omfordelingen og virkningen for det enkelte regionale helseforetak før dette settes i verk. Ved en omfordeling mener arbeidsgruppen det bør være en overgangsordning. Arbeidsgruppen erkjenner at det kan være eksterne rammebetingelser ved enkelte regionsykehus som gjør disse dyrere å drive enn andre – noe som taler for at skjønnsmessige tildelinger kan forsvares dersom dette gjøres åpent og ut fra klare kriterier.

Arbeidsgruppen foreslår at Rikshospitalet og Radiumhospitalet innlemmes i den nye universitetssykehustilskuddsordningen ved at det trekkes ut og bygges opp tilsvarende tilskudd for Helse Sør RHF i tråd med arbeidsgruppens forslag til øremerkede tilskudd i det nye universitetssykehustilskuddet.

Etter en vurdering av hva som egner seg for å bli inkludert i det nye universitetssykehustilskuddet, vil arbeidsgruppen foreslå at kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri, jf. statsbudsjettets kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, innlemmes i tilskudd til forskning og kompetanseutvikling. Forskning og undervisning innen psykiatri inngår for øvrig på lik linje med somatikk i de øremerkede tilskuddene for formålene.

Universitetssykehusbegrepet. I en situasjon hvor det er flere enn de opprinnelige universitetssykehusene/regionsykehusene som har tatt navnet universitetssykehus, og dersom basistilskuddet innlemmes i basisbevilgning til regionale helseforetak, er det behov for å klarlegge hvilke universitetssykehus regionale helseforetak har ansvar for å opprettholde, slik arbeidsgruppen har definert. Arbeidsgruppens flertall foreslår at disse hovedsykehusene omtales som universitetssykehuset i den respektive helseregion, for eksempel universitetssykehuset i helseregion Øst.

«Med universitetssykehuset menes likeartede, likeverdige og høyt spesialiserte hovedsykehus. Universitetssykehuset er tett integrert med de medisinske fakultetene, samt andre forskningsmiljøer, særlig basalforskning på universitetet. Dette er grunnlaget for begrepet universitetssykehuset i den respektive helseregion.»

Ut fra denne definisjonen antar utvalget at de følgende sykehusene må regnes som universitetssykehus:

- Universitetssykehuset i Nord-Norge
- St. Olavs hospital
- Ullevål universitetssykehus
- Haukeland universitetssykehus
- Rikshospitalet

Om særskilte funksjoner. For å få til en forenklet forvaltning av tilskudd til særskilte funksjoner foreslår arbeidsgruppen følgende løsning med sikte på å legge ned tilskuddet. Helsedepartementet utreder en forbedret DRG-finansiering av lands- og flerregionale funksjoner med sikte på innføring fra 2004. Videre foreslår arbeidsgruppen at midler til forsknings- og kompetansedelen tilknyttet lands- og flerregionale funksjoner, samt tilskudd til kompetansesentrene overføres til nytt tilskudd for forskning og kompetanseutvikling i universitetssykehustilskuddet.

Tilskudd til forskning og kompetanseutvikling. Arbeidsgruppen foreslår å endre tilskuddet til forskning, og kalle det tilskudd til forskning og kompetanseutvikling. Midler fra tilskudd til særskilte funksjoner tilknyttet forsknings- og kompetanseaktiviteten til lands- og flerregionale funksjoner, samt midler til kompetansesentrene overføres det nye tilskuddet til forskning og kompetanseutvikling. I denne sammenheng forutsettes også overføring av

Rikshospitalet/Radiumhospitalets «andel» av forskningstilskuddet etter innlemming av disse sykehusene i den nye tilskuddsordningen. Arbeidsgruppen mener man vil kunne stimulere til økt produksjon, samt sikre den kliniske forskningens kvalitet ved å gjøre finansiering av tilskudd til forskning og kompetanseutvikling delvis resultatavhengig. Arbeidsgruppen vil foreslå at tildelingen av tilskuddet inndeles i en rammestyrt og en resultatstyrt del. Den rammestyrte delen foreslås tildelt etter nøytrale kriterier, mens den resultatstyrte delen foreslås tildelt basert på resultatrapportering.

Organisering. I tråd med den nye foretaksorganiseringen mener arbeidsgruppen departementet fortsatt bør styre forskningsmidlene på et helt overordnet nivå. Arbeidsgruppen foreslår en framtidig organisasjonsmodell som innebærer at regionale helseforetak mottar øremerket tilskudd fra Helsedepartementet. Modellen forutsetter at deltakerne i samarbeidsorganet kommer fram til enighet innen en rimelig tidsperiode. Etter at universitet og regionale helseforetak er kommet til enighet om fordeling og bruken av tilskuddet innenfor kategoriene forskning og undervisning anbefales det at fordelingen av midlene nedfelles i en avtale. En av samarbeidsorganets oppgaver vil fortsatt være å bistå i fordeling, planlegging, oppfølging og rapportering av tilskuddet til forskning og undervisning, og å påse at dette er i samsvar med fastsatt forskningspolitikk, forpliktelser og foretatte prioriteringer fra overordnede politiske organer og oppdragsgivere i det enkelte år, jf. instruksen til styrene i regionale helseforetak om forholdet til universiteter og høgskoler.

I den nye modellen bør samarbeidsorganet være slik sammensatt og få delegert slike fullmakter fra det enkelte regionale helseforetak at universitetsrepresentantene på lik linje med representantene for regionale helseforetak har reell innflytelse over disposisjonen av de øremerkede tilskuddene til forskning og undervisning. Arbeidsgruppen mener målet må være å få til en organisering i samarbeidsorganene som gir organet en faglig og koordinerende rolle og som tar hensyn til universitetssykehusets samlede interesser. Modellen forutsetter at partene i samarbeidsorganet kommer fram til enighet om fordeling av midlene innen en rimelig tidsperiode. Dersom partene ikke finner grunnlag for å inngå avtale, skal saken forelegges foretaksmøtet, jf. instruksen §§ 4 og 8, samt lovens § 30 første og annet ledd

Om tilskudd til undervisning. Arbeidsgruppen foreslår at midler til dekning av infrastrukturkostnader tilknyttet undervisning trekkes ut av basistilskuddet og overføres til et nytt infrastrukturtilskudd for forskning og undervisning. I tillegg mener arbeidsgruppen det er stor sannsynlighet for at refusjonssatsen per student i dagens undervisningstilskudd er for høy, og derfor må utredes særskilt. Hvis beregninger av faktiske utgifter indikerer at kostnader ligger lavere enn det som i dag ytes universitetssykehusene, foreslår arbeidsgruppen at overskytende midler legges inn i tilskudd til forskning og kompetanseutvikling. Arbeidsgruppen vil foreslå at tilskuddet fortsatt øremerkes fordi tildelingen til foretakene er ulik, og oppgaven ikke bør komme i konkurranse med behandling. Arbeidsgruppen vil videre foreslå en forenklet ordning der fordelingen baseres etterskuddsvis på den årlige rapporteringen som fakultetene avgir til Utdannings- og forskningsdepartementet. Siden medisinstudiet normalt varer i seks år og den kliniske undervisningen på de fleste universitet etter nyere studieplaner starter i første studieår, tildeles tilskuddet over seks år uten hensyn til strukturelle ulikheter i fakultetenes studieopplegg.

16.8.2 Praksisgruppa

En arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra Utdanningsdepartementet og Helsedepartementet, heretter benevnt Praksisgruppa, har vurdert organiseringen og finansieringen av praksisopplæringen for høgskoleutdanninger i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen avga en rapport i oktober 2002. Praksisgruppa foreslo følgende for at praksisundervisningen skulle ivaretas på en god måte:

- Framtidig organisering av praksisplasser bygger på at ansvarsfordelingen mellom helseforetak og høgskoler videreføres.
- Samarbeidet som er opprettet gjennom rammeavtaler mellom regionale helseforetak og høgskoler videreføres. Det må inngås forpliktende avtaler om hvor mange studenter det enkelte foretak skal ta imot.
- Det må foretas en beregning av faktiske kostnader for helseforetakene knyttet til gjennomføring av praksis for høgskolestudenter. Dette er en forutsetning for å utvikle økonomiske oppgjørsordninger.
- Det utvikles en finansieringsordning hvor midler til praksisveiledning er øremerket i basisbevilgningen til regionale helseforetak. Midlene fordeles etter antall praksisstudenter helseforetakene skal motta. Det blir opp til ledelsen i helseforetakene å sørge for at veilederne får de pålegg og belønninger som gjør at veiledningen fungerer som forutsatt. Hvert helseforetak vil

kunne inngå avtale om veiledning som en del av ordinært arbeid, eller om særskilt avlønning for veiledere dersom dette skulle være ønskelig.
- Høgskolens ansvar for å følge opp praksisstudentene opprettholdes. Nåværende praksis hvor høgskolene står for ansvaret for utvikling og gjennomføring av kurs for veiledere samt oppfølging av studentene på praksisstedene videreføres. Dette innebærer at midler til godtgjøring/frikjøp av ansatte ved helseforetakene over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett faller bort.

16.8.3 Finansiering av forskning i andre land

Vandeskoggruppen gir en bred gjennomgang av forskningen i andre nordiske land. Her følger hovedpoengene som anses for å være mest relevante for dette utvalgets arbeid.

Finland

Kommunene har ansvaret for helsetjenester i Finland. Midler til helsevitenskapelig forskning ved sykehus dekkes delvis ved en statlig bevilgning til kommunene. I 2001 bevilget staten 337,4 mill. mark til dekning av forskningskostnader. Fordelingen av disse midlene til de ulike virksomhetene er bestemt av staten. Fra 1995 har statens bevilgninger til forskning blitt fordelt etter resultater. Resultatmålingen baseres på antall doktoravhandlinger og antall vitenskapelige artikler. Artiklene gis ulik vekt etter hvilket tidsskrift de er publisert i. Fordelingen av bevilgningen baseres på et gjennomsnitt for de tre siste kalenderårene.

Sverige

Landstingene i Sverige eier og driver sykehusene. De medisinske fakultetene driver forskning ved universitetssykehusene. Statens bevilgning til forskning bestemmes i en avtale mellom staten og de berørte landstingene (Avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning – ALF-avtalen). Disse midlene skal dekke merkostnader som klinisk forskning medfører. Avtalen regulerer ikke bare størrelsen på bevilgningene, men også det samvirket som er nødvendig for å kunne drive forskning og undervisning integrert med pasientbehandlingen. Statens bevilgninger utbetales en gang per år til fakultetene, som så formidler midlene videre til de respektive landsting.

De ulike landstingene bidrar også til å dekke forskningskostnader. Det er betydelig variasjon mellom ulike landsting i hvordan man fordeler forskningsmidlene:

Stockholms Län har et prestasjonsavhengig system hvor antallet doktorgrader, vitenskapelige artikler og ekstern finansiering har betydning.

I Skåne ytes et merkostnadsbidrag til universitetssykehusene for å dekke forskningsutgiftene. Midlene til forskning fordeles til konkrete forskningsprosjekter og til å fristille kliniske forskere fra pasientbehandlingen i perioder.

Danmark

Virksomheten ved universitetssykehusene eies og finansieres av amtene.

De tre medisinske fakultetene i Danmark fordeler midler til klinisk forskning ved sykehus som deltar i klinisk undervisning av legestudenter. Midlene fordeles av et felles organ etter søknad og kvalitetsbedømmelse.

Hovedstadens Sygehusfællesskab mottar i tillegg et statlig tilskudd for finansiering av forskning ved Rigshospitalet.

England

England skal innføre et prestasjonsbasert belønningssystem fra år 2003/2004. Per i dag tildeles institusjoner innen National Health Service forskningsmidler basert på antall aktive forskere institusjonen hadde foregående år.

16.8.4 Finansiering av undervisning av medisinerstudenter i andre land

Grunnutdanning av medisinere i andre land

Finansieringen av utdanning av medisinere, henger ofte sammen med finansieringen av forskningen. Se derfor også foregående punkt 16.8.3 for å få et mer helhetlig bilde av systemet i hvert land.

Finland

Midler fra staten til dekning av utdanning av medisinere fordeles til samkommuner som eier universitetssykehus ut fra antall uteksaminerte medisinere basert på gjennomsnitt siste tre år. Kostnader ved turnuskandidater dekkes med 6000 mark per utdanningsmåned (2001).

Sverige

Statens bevilgning til undervisningen bestemmes i ALF-avtalen mellom staten og de berørte landstin-

gene. Disse midlene skal dekke de merkostnader som klinisk grunnutdanning medfører. I Skåne fordeles midlene etter budsjetter for kostnader man regner med vil oppstå i pasientbehandlingen som en følge av undervisningen. Midler til andre typer utdanninger fordeles på samme måte.

Danmark

Bevilgninger til grunnutdanning av medisinere fordeles til universitetssykehus avhengig av studenttall og avlagte eksamener.

England

Legeutdanning finansieres gjennom en nasjonal skatt som legges på de lokale helsemyndighetene. Et offentlig organ (The Service Increment for Teaching, SIFT) er ansvarlig for å dekke kostnadene NHS har for å tilby klinisk undervisning.

Siden 1996 er budsjettene for medisinsk undervisning delt i to (SIFT Accountability Report 1999/2999 og MaH Interim Report høsten 2001):

- budsjett for klinisk undervisning (bestemt av antall studenter i år 3–5 av utdanningen)
- budsjett for å tilby nødvendig utstyr for å gjennomføre utdanningen

USA

Medicare dekker direkte kostnader til legeutdanning på bakgrunn av regnskapsdata.

De direkte kostnadene er lønn til lege og tilsynspersoner og administrasjon. De indirekte kostnadene betales som påslag på DRG-poengene. Påslaget er basert på et forholdstall mellom antall leger under utdanning og antall behandlingssenger. I 2002 er påslaget om lag 6,5 prosent når forholdstallet er 1:10.

I 1999 foreslo MedPac (Medicare Payment Advisory Commission – Report to the Congress – august 1999) å forandre finansieringssystemet for legeutdanningen. MedPac foreslo at betaling til sykehus for direkte kostnader ved utdanning skulle anses som betaling for pasientbehandling. Bakgrunnen for det er at utdanningen anses å bidra med kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen. Medicares betaling for pasientbehandling ved utdanningssykehus burde derfor være høyere for å betale for den økte verdien i pasientbehandlingen i sykehus hvor det gis utdanning. Det ble foreslått at DRG-systemet skulle utvikles for å reflektere kostnadene bedre.

16.9 Utvalgets vurdering av organisatoriske spørsmål

Det er særlig to spørsmål av organisatorisk karakter som utvalget ønsker å avklare:

- Hvem skal være tilskuddsmottaker for statens økonomiske støtte til forskning og utdanning, regionale helseforetak eller universitetene/høgskolene?
- Hvis ressursene skal tildeles regionale helseforetak, hvilken rolle skal samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universitetene/høgskolene ha i disponeringen av disse midlene?

16.9.1 Mottakere av tilskudd til forskning og utdanning

I tillegg til at forskning ved sykehusene kan skje ved at regionale helseforetak tilføres ressurser til dette, kan en tenke seg at finansieringen skjer via universitetene. Norges forskningsråd vil under begge modellene gi prosjektrettet støtte. I vurderingen av om midlene til finansiering av forskning bør gå via regionale helseforetak eller universitetene, er det flere argumenter. Følgende argumenter kan fremmes for at universitetene bør kanalisere forskningsmidlene:

- Det synliggjøres at universitetene har store interesser i forskningsvirksomheten ved sykehusene.
- Universitetene får mer styring med prioriteringen av forskningen, og vil lettere kunne forhindre at forskningen blir utkonkurrert av pasientbehandlingen.
- Universitetene vil lett kunne samordne egen forskning med sykehusenes forskning.

Sett fra de medisinske forskningsmiljøenes side har forslaget også ulemper. Dersom midlene flyttes over til universitetene, vil universitetene også kunne flytte midler fra medisinsk forskning til andre aktiviteter. En annen ulempe med å flytte midlene over til universitetene er muligheten for at forskningen i mindre grad blir sett i sammenheng med behovene for forbedret pasientbehandling (jf. evalueringskriteriet «Høy faglig standard på pasientbehandlingen»). En overføring av midlene til universitetene kan også komplisere finansieringssystemet, fordi det innføres et nytt ledd i finansieringen. Midlene skal jo uansett anvendes ved foretakene. Dette er uheldig ut fra evalueringskriteriet «enkelhet og gjennomsiktighet». Ut fra de nevnte argumentene velger utvalget å tilrå at bevilgninger

til forskning i spesialisthelsetjenesten fortsatt kanaliseres via regionale helseforetak.

Det er, etter utvalgets mening, færre argumenter for å legge støtte til undervisning til regionale helseforetak. Ved at universitetene og høgskolene sitter med ressursene til utdanning, kan de bli bestillere av undervisningstjenester i regi av sykehusene og dermed kunne stille sterkere krav til tilbudet. Når utvalget likevel også velger å legge utdanningsmidlene til regionale helseforetak har dette to årsaker. For det første kan helseforetakene (sykehusene) komme i monopolsituasjon i forhold til universiteter og høgskoler og dermed presse opp prisen på disse tjenestene. For det andre kan det være fordeler knyttet til å se ressursene til forskning og utdanning i sammenheng. Et premiss for denne tilrådingen er imidlertid at universitetene da må sikres reell innflytelse på disponeringen i samarbeidsorganene. Utvalget foreslår derfor at deler av basisbevilgningen til regionale helseforetak fordeles etter egne kriterier for forskningsresultater og undervisningsaktivitet. Det bør stilles som vilkår at samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universitet kan vedta disponeringen av midlene som fordeles etter forskningsresultater. For at regionale helseforetak skal motta beløpene må det stilles vilkår om at de rapporterer om forskningsresultater og undervisningsaktivitet, slik at eier kan følge opp måloppnåelsen på feltet.

16.9.2 Samarbeidsorganets rolle

De tette koplingene mellom universitetene/høgskolene og helseforetakene gjør at det må utvikles formelle samarbeidsorganer. Det heter i instruksen til styrene i regionale helseforetak om forholdet til universiteter og høgskoler bl.a. at «regionale helseforetak (…) skal opprette samarbeidsorgan med universiteter og høgskoler for drøfting av saker av felles interesse». I vedtekter for regionale helseforetak og i nevnte instruks er samarbeids- og ansvarsforholdene når det gjelder forskning og utdanning gitt en bred omtale. Det er imidlertid ikke eksplisitt definert hvordan samarbeidsorganet skal settes sammen, og hvilke fullmakter det skal ha.

Vandeskoggruppen foreslår å gi samarbeidsorganet betydelig myndighet. Det heter bl.a. at:

«Arbeidsgruppen mener samarbeidsorganet bør være slik sammensatt og få delegert slike fullmakter fra det enkelte regionale helseforetak at universitetsrepresentantene på lik linje med representantene for regionale helseforetak har reell innflytelse over disposisjonen av de øremerkede tilskuddene til forskning og undervisning. Målet må være å få til en organisering i samarbeidsorganene som gir organet en faglig og koordinerende rolle og som tar hensyn til universitetssykehusets samlede interesser».

Vandeskoggruppen foreslår, som nevnt foran, også at regionale helseforetak skal motta et øremerket universitetssykehustilskudd fra Helsedepartementet. Utbetaling av midlene forutsetter enighet i samarbeidsorganet, og det inngås en avtale mellom universitet og regionale helseforetak om bruken av midlene for det enkelte år. Ved uenighet skal saken forelegges foretaksmøtet.

Utvalget finner i all hovedsak modellen som skisseres fra Vandeskoggruppen god. Å knytte vilkår til at en del av basisfinansieringen skal benyttes til forskning og undervisning sammen med at fordelingen av forskningsbevilgningen i hver region foretas av et organ hvor universitetene er jevnbyrdige med regionale helseforetak, vil etter utvalgets syn innebære at hensynet til universitetenes perspektiv sikres, samtidig som en unngår de potensielle ulempene ved en modell hvor pengestrømmene går via universitetene.

Samarbeidsorganet vil ha andre oppgaver enn å fordele midler til forskning og utdanning, noe som også må avspeiles i organets sammensetning. En delegering av reell myndighet til fordeling av forskningsmidler forutsetter imidlertid at sammensetningen av organet er tilpasset dette. Målsettinger for og kvalitetsvurdering av utdanningen bør kunne være en oppgave for samarbeidsorganet. Når det gjelder undervisningsaktivitet i regi av høgskoler og universiteter, bør samarbeidsorganet ha som oppgave å se til at denne aktiviteten blir tatt hensyn til ved funksjonsfordeling innenfor de respektive regionale helseforetak. Høgskolene vil i så fall kunne inngå i samarbeidsorganet med rettigheter knyttet til disse spørsmålene.

Utvalget finner det riktig at det delegeres til de enkelte samarbeidsorgan å utarbeide konkret mandat for sitt arbeid, men legger til grunn at følgende skal gjelde for alle når det gjelder fordeling av forskningsmidler:

- Samarbeidsorganet ledes av administrerende direktør for regionalt helseforetak der samarbeidsorganet ikke blir enig om noe annet.
- Regionalt helseforetak og universitet utnevner selv sine representanter til samarbeidsorganet, og deltakerne i organet sitter som representanter for hhv. regionalt helseforetak og universitet.
- Samarbeidsorganet forventes både å kunne vedta fordeling av prosjektmidler og selv initiere forskning.

– Beslutninger krever konsensus mellom universitet og regionalt helseforetak.

Mandatene forelegges foretaksmøtet.

Utvalgets flertall foreslår også at dersom det ikke oppnås enighet i samarbeidsorganet innen rimelig tid, skal foretaksmøtet få saken til avgjørelse. (Se kapittel 21 for mindretallets syn.)

16.9.3 Vurderinger knyttet til organiseringen av praksisundervisningen

Grunnutdanningene skal ivareta nasjonale behov for utdannet helsepersonell. Det er derfor en viss grad av nasjonal styring med antall studenter som tas opp til disse utdanningene. Utvalget mener at det er et potensiale for at samordningen mellom utdanningssektoren og helsesektoren kan blir bedre for å sikre at kapasiteten innenfor begge sektorer blir tatt hensyn til ved dimensjoneringen av opptaket til studiene, varighet og innretning på praksisen. Fordi sykehusene nå er overtatt av staten, bør det ligge bedre til rette for koordinering enn det gjorde da sykehusene var eid av fylkeskommunene. Utvalget mener derfor at Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet i fellesskap må komme fram til riktig dimensjonering av studentopptaket, hvor også mulighetene for å tilby praksisplasser blir vektlagt. Helsedepartementet bør også være i dialog med regionale helseforetak om dette, og regionale helseforetak bør kunne forplikte seg til å ta i mot et visst antall studenter. Foretakene og utdanningsinstitusjonene må i fellesskap ta ansvar for kvalitet og bredde i undervisningen. Det er en utfordring at antall behandlingssenger går ned, og liggetiden reduseres. Det gjør at det må revurderes i hvor stor grad praksis skal være knyttet til sengeavdelinger. Som tidligere påpekt, bør samarbeidsorganet også ha som oppgave å se til at praksisundervisningen blir tatt hensyn til ved funksjonsfordeling innenfor de respektive regionale helseforetak.

Når det gjelder finansieringen fra regionale helseforetak til helseforetakene, kan regionale helseforetak velge andre løsninger. Finansieringen av denne funksjonen bør også henge sammen med funksjonsfordelingen som regionale helseforetak velger. For eksempel kan man tenke seg at et regionale helseforetak oppretter fellesfunksjoner for å støtte praksisundervisningen faglig og administrativt. Det vil kreve at regionale helseforetaket retter finansiering spesielt mot en slik funksjon.

16.10 Utvalgets vurdering av forskningsfinansiering

I dag avsettes 78 mill. kroner til forskning gjennom regionsykehustilskuddet (jf. tabell 16.1). I tillegg kommer særskilte bevilgninger til Rikshospitalet og Radiumhospitalet gjennom basisfinansieringen til Helse Sør. Helseforetakenes kostnader ved forskningen er antagelig høyere enn dette. En første hovedutfordring er å anslå realistisk helseforetakenes kostander ved forskning. Den neste blir å utvikle et finansieringssystem som gir de riktige insentivene og en rimelig dekning av disse kostnadene.

16.10.1 Nivået på kostnadene ved forskning

I internasjonal faglitteratur er det i denne sammenheng særlig to analyser som er interessante. Den første er Lopez-Casasnovas og Saez (1999) studie av spanske sykehus. Denne er i første rekke relevant fordi finansiering av forskning og undervisning i de spanske sykehusene har likheter med den norske modellen, og fordi man i den spanske studien har et skille mellom grad av undervisningsomfang innenfor gruppen av undervisningssykehus. Resultatene fra denne studien tyder på at kostnadene var 19 prosent høyere ved undervisningssykehus enn ved sykehus uten utdanningsfunksjoner, og halvparten av den observerte forskjellen i reelle kostnader ble tilskrevet undervisningsstatus. Den andre studien er en finsk studie som også er omtalt foran (Linna et al, 1998). Denne er også den eneste analysen hvor man både anvender et velfundert produksjonsteoretisk fundament og har opplysninger om faktisk utført forskning og undervisning. Linna et al operasjonaliserer forskning gjennom tre variable: internasjonale publikasjoner, nasjonale publikasjoner og doktorgrader. Utvalget har, som alt nevnt, fått utført en studie med sterke likhetstrekk med Linnaanalysen ved Frischsenteret/Sintef Unimed (Kittelsen m.fl. 2002).

I Frisch-Unimedanalysen er kostnadene knyttet til forskning og undervisning forsøkt beregnet gjennom å beregne en kostnadsfunksjon for sektoren som inkluderer forskning og utdanning. Totale kostnader er da summen av kostnader knyttet til:

– pasientbehandling ved sengeavdelinger
– pasientbehandling ved poliklinikk
– undervisning og veiledning
– forskning

Hvordan kostnadene endres når en eller flere typer aktiviteter endres, vil avhenge av flere forhold:

- stordriftsfordeler (billigere med høyt aktivitetsvolum)
- samdriftsfordeler (billigere å gjøre flere ting på samme sted)
- effektiviteten ved det enkelte sykehus

Samtidig er det store utfordringer knyttet til å finne gode mål på aktiviteten, både pasientbehandling og forskning/utdanning.

I studien fra Frischsenteret og Sintef Unimed måles forskningsaktiviteten i form av antall publiserte artikler og antall avlagte doktorgrader for ansatte ved sykehusene. Siden arbeidsinnsatsen bak en artikkel vil variere med hvilket tidsskrift den er publisert i, er artiklene vektet i forhold til tidsskriftenes «gjennomslagskraft». Utdanningsaktiviteten måles gjennom antall studentuker samt antall turnuskandidater. Spesialistutdanningen fanges opp gjennom å korrigere for andel assistentleger i den samlede legestaben.

Gjennom å sammenholde sykehusenes samlede kostnader med aktiviteten i de ulike kategoriene i en multippel regresjonsanalyse beregnes i studien både gjennomsnitts- og marginalkostnad for de ulike typer aktiviteter. Det understrekes at tallverdiene vil være usikre både pga. faren for målefeil og pga. usikkerhet i forhold til hvordan sammenhengen mellom aktivitet og kostnader modelleres. I studien konkluderes allikevel med følgende forhold:

- Sykehusenes kostnader øker med økende forskningsaktivitet. Forskningsaktiviteten er imidlertid ujevnt fordelt. Ansatte ved regionsykehusene, Rikshospitalet og Radiumhospitalet er medforfattere på over 80 prosent av alle publiserte artikler. Kostnadene knyttet til en doktorgrad er betydelig høyere enn kostnadene knyttet til publisering av en artikkel.
- Sykehusenes kostnader øker svakt med økende antall utdanningsuker. De beregnede gjennomsnittskostnadene er imidlertid lave. Kostnadene øker klart med antall turnuskandidater.
- Sykehusenes kostnader øker med økende andel assistentleger.

Frisch-Unimedanalysen gir imidlertid meget usikre estimater av de totale kostnadene ved forskning. Utvalget har derfor valgt å benytte NIFUs estimater av kostnader knyttet til forskning. I tabell 16.2 går det fram at utgifter til lønn og overhead knyttet til forskning i 1999 var på 743 mill. kroner. Av dette dekkes 297 mill. kroner av sykehusenes budsjetter (Sosial- og helsedepartementets grunnbudsjett). Det er denne posten som er relevant her. I tillegg ønsker utvalget å inkludere kostnader knyttet til kompetanseutvikling ved høyspesialiserte funksjoner og kompetansesentra i et felles tilskudd til forskning. Det antas på usikkert grunnlag at omlag 25 prosent eller 26 mill. kroner (2002 priser) av finansieringen av særskilte funksjoner gjennom regionsykehustilskuddet går til slik kompetanseoppbygging, og at det tilsvarende beløpet ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet er 20 mill. kroner. På noe usikkert grunnlag setter derfor utvalget kostnadene til forskning til 370 mill. kroner per år over Helsedepartementets budsjett (2002).

Kostnadsnøkkel for forskning

Frisch-Unimedanalysen støtter en hypotese om at artikkelproduksjon og doktorgradsproduksjon er separate aktiviteter med ulike kostnadsimplikasjoner, og at antall artikler bør veies med en faktor som ivaretas deres gjennomslagskraft. Bruk av tidsskriftenes impact factor (IF) direkte vil imidlertid overvurdere forskjellene i artiklenes verdi. Samtidig er det ikke uten videre enkelt å finne en annen vekting av artikkelproduksjonen. Et alternativ er Linnametoden (tabell 16.5), men denne er ad-hoc, i den forstand at plasseringen i grupper heller ikke nødvendigvis avspeiler de reelle forskjellene i produksjon. Frisch-Unimedanalysen har også på forskjellige måter vektet artiklene etter første forfatter og medforfatterskap. Det ser ikke ut til at slik vektig øker variabelens forklaringskraft.

Vandeskoggruppen foreslo at en bevilgning på i størrelsesorden 30–40 mill. kroner skal tildeles etter resultatkriterier. Utvalget ser både fordeler og ulemper med dette. Fordelene er at det vil gjøre resultater mer synlige, og at det vil stimulere til resultater. Ulempene er knyttet til måleproblemer (som i sin tur kan stimulere til feiltilpasninger), mer administrasjon knyttet til fordeling og noe mindre forutsigbarhet for mottakerne av bevilgningen. Gjennom Frisch-Unimedanalysen og NIFUs utviklingsprosjekt har imidlertid arbeidet med resultatmål kommet så langt at etter utvalgets syn bør en betydelig del av forskningsfinansieringen baseres på resultatmål. Utvalget vil derfor anbefale at en del av forskningsbevilgningene fordeles på grunnlag av resultater. Det har imidlertid ikke latt seg gjøre å estimere kostnadene for de ulike aktivitetene på en presis måte. Utvalget har derfor ikke grunnlag for å anbefale noen form for stykkprisfinansiering av forskning.

Frisch-Unimedanalysen har benyttet forskningsvariabelen til Linna et al (1998) (tabell 16.5) for å analysere variasjoner. Etter utvalgets syn gir denne variabelen en noe for høy vekting på norske medisinske doktorgrader fordi disse som hovedre-

Tabell 16.9 Kostnadsvekter forskning og kompetanseutvikling ved høyspesialiserte funksjoner.

	Impact factor (IF)	Kostnadsvekt
Tidsskrift for Den norske lægeforening	–	0,06
Internasjonale journaler	< 1,0	0,12
Doktorgrader	–	0,23
Internasjonale journaler	Mellom 1,0 og 4,0	0,23
Internasjonale journaler	> 4	0,36
Sum		1,00

gel er artikkelsamlinger som også vil gi uttelling i form av artikkelpoeng. Utvalgets foreslår derfor at kostnadsvektene i tabell 16.9 benyttes for fordeling av den resultatavhengige delen av tilskuddet til forskning og kompetanseutvikling ved høyspesialiserte funksjoner.

Utvalget har også vurdert andre kriterier for fordeling av forskningsbevilgningen:

- Årsverksbasert fordeling. Et mulig kriterium for fordeling er antall årsverk brukt til forskning. I en organisering av regionale helseforetak som selvstendige foretak, ser utvalget mest ulemper ved dette fordelingskriteriet. Kriteriet stimulerer ikke til kostnadseffektiv utnyttelse av personalet. Kriteriet kan stimulere til feilrapportering: årsverk som rapporteres brukt til forskning, kan i realiteten ha vært brukt i pasientbehandling.
- Fordeling etter innbyggertall: Fordeling etter innbyggertall vil føre til at sterke miljøer bygges ned til fordel for en jevnere spredning av forskningsressursene.
- Fast tilskudd: En kan tenke seg at det gis et basisbeløp til hver region for å ivareta forskning. Blir et slikt fast beløp for stort vil også det bidra til nedbygging av sterke miljøer til fordel for en jevnere spredning av ressursene. Et mindre kronebeløp per region kan imidlertid være nødvendig for å sikre visse basisfunksjoner. En kan argumentere for at et slikt beløp kan legges i regionenes basisramme.

Brukere av forskningsresultater, som private stiftelser og farmasøytisk industri, finansierer en del av forskningen ved foretakene. Utvalget ser dette som en fordel for forskningen, forutsatt at etiske retningslinjer følges. Utvalget er likevel oppmerksom på uheldige effekter som kan følge dersom en for stor del av forskningen finansieres av kommersielle interesser. Utvalget tenker her særlig på forskernes uavhengighet. Også forskningsrådet finansierer som nevnt deler av forskningen. I Frischstudien regnes også eksternt finansierte publikasjoner med blant resultatene. Det har ikke vært mulig å skille publikasjonene fra hverandre med utgangspunkt i om finansieringen er intern eller ekstern. Dersom forslaget om å fordele hele tilskuddet til forskning og kompetanseutvikling ved høyspesialiserte gjøres på basis av resultater, vil dette føre til for høy uttelling for regionale helseforetak som finansierer en stor del av forskningen med eksterne midler. Dette trekker i retning av at deler av tilskuddet til forskning og kompetanseutvikling ved høyspesialiserte funksjoner tildeles regionale helseforetak som et fast tilskudd

Tabell 16.10 Fordeling av forskningstilskudd mv. (2002)

Region	Mill. kroner (andeler)	«Forskningspoeng»	Dagens fordeling (mill. kroner)
Øst	85,1 (0,23)	0,24	17,5
Sør	135,0 (0,36)	0,42	1)
Vest	65,7 (0,18)	0,17	26,3
Midt-Norge	46,3 (0,13)	0,10	16,6
Nord	37,9 (0,10)	0,07	17,6
Samlet	370,0 (1,00)	1,00	78,0

1) Rikshospitalets bevilgninger til forskning ble ikke bevilget over regionsykehustilskuddet.

(kronetilskudd) og en del tildeles regionale helseforetak etter resultater.

Utvalget foreslår at 25 prosent av forskningsbevilgningen fordeles som fast tilskudd og resten på basis av resultater. Tabell 16.10 viser ressursfordelingen mellom regionene basert på en slik fordelingsnøkkel, den relative poengfordelingen mellom regionene basert på forskningsvariabelen i Frisch-Unimedanalysen (treårig gjennomsnitt), samt dagens fordeling.

De endelige fordelingseffektene vises først når dette ses i sammenheng med hovedmodellene. Det skyldes at bevilgningene til forskning og undervisning ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet ikke inngår i regionsykehustilskuddet.

Delvis resultatbasert forskningsfinansiering innebærer at helseforetakene må rapportere publikasjoner og doktorgrader. Det skjer et arbeid i universitets- og høgskolesektoren for å utvikle en resultatbasert finansiering også der. Utvalget anbefaler at arbeidet innenfor de to sektorene koordineres for å sikre at rapporteringen blir mest mulig sammenlignbar.

16.11 Utvalgets vurdering av finansiering av metodeutvikling

Utvalget ser to alternativer for fordeling av midler til kvalitetssikring og metodeutvikling:

- Midlene innarbeides i enhetsprisen som ligger til grunn for ISF-ordningen.
- Midlene fordeles etter kriteriene for den aktivitetsuavhengige delen av bevilgningen.

Alle sykehus som behandler pasienter har plikt til å kvalitetssikre behandlingen og til å identifisere forbedringspotensiale. Dette er sterkt knyttet opp til pasientbehandlingen, og utvalget foreslår derfor å gå videre med det første alternativet. Med dagens målemetoder vil det være mulig å gjøre det innenfor somatikken. Utvalget foreslår derfor at en viss prosent av enhetsprisen bør være knyttet til dette feltet. Utvalget har ikke hatt tilgang til informasjon som gjør det mulig å anslå andelen, men antar at den kan være i størrelsesorden 1–2 prosent. Når det gjelder metodeutvikling innen psykiatri, bør finansieringen av dette ligge innenfor den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen, og fordeles etter kriteriene som er omtalt i kapittel 20.

Regionale helseforetak har overordnet ansvar for kvaliteten av tjenestene i sine foretak. Universitetenes er derfor mer distansert her enn overfor forskningen. Midler til kvalitetssikring bør derfor ikke være avhengig av vedtak i samarbeidsorganet. Universitetene kan selvsagt også bidra til kvalitetsarbeidet, men da som utfører- eller kvalitetsansvarlig etter etterspørsel fra foretakene. Her vil samarbeidsorganet kunne ha en rolle å spille.

Utvalget foreslår heller ikke på dette feltet å legge føringer på regionale helseforetak når det gjelder finansieringen av virksomheten ved sykehusene. Det vil være et felles ansvar for regionale helseforetak og helseforetak å sørge for at fagmiljøene har mulighet til å delta i aktiviteter som sikrer kvalitet og spredning av kompetanse.

Dette området er særlig relevant for evalueringskriteriet «høy faglig standard på pasientbehandlingen».

16.12 Utvalgets vurdering av undervisningsfinansieringen

I 2002 avsettes 293 mill. kroner til undervisning gjennom regionsykehustilskuddet, jf. tabell 16.1. Det meste av dette er kompensasjon knyttet til undervisning av medisinerstudenter (heft). I tillegg kommer særskilte bevilgninger til Rikshospitalet og Radiumhospitalet gjennom basisfinansieringen til Helse Sør. Som for forskningen er den første hovedutfordringen å gi et realistisk anslag på helseforetakenes kostander ved undervisning. Den neste blir å utvikle et finansieringssystem som gir en rimelig dekning av disse kostnadene.

16.12.1 Nivået på kostnadene ved undervisning

Utdanningsaktivitet vil øke kostnadene ved et sykehus både direkte og indirekte. Direkte kostnader er tilleggsinvesteringer i undervisningsrom og -utstyr. Disse kostnadene skal langt på vei være kompensert gjennom direkte statlige tilskudd til investeringer. En indirekte følge av undervisning er tap av arbeidskraft i pasientbehandlingen ved at studenter opptar fagpersonalets tid. Desto flere studenter, desto mer tid må settes av til undervisning (Linna et al 1998). Utdanning antas generelt å øke sykehusenes kostnader, dels på grunn av studentenes manglende ferdigheter og effektivitet i forhold til heltidsansatte, og dels på grunn av den negative påvirkningen utdanning har på produktiviteten til de faste ansatte. Studenter kan imidlertid også benyttes som erstatning for fast ansatte, og i så fall vil de bidra til aktiviteten og også kunne være inntektsgenererende (Blewett et al 2001).

Det foreligger flere forsøk på å estimere sykehusenes kostnader ved undervisning ved sykehusene i Norge. Frisch-Unimedanalysen indikerer

som nevnt at det er høye kostnader knyttet til turnuskandidater, trolig også til assistentlegestillinger. Kostnadene knyttet til grunnutdanning for medisinere og helsefagutdanningene er lavere.

En studie av undervisningskostnadene ved Ullevål Universitetssykehus gjennomført av Karlsson (2002) bekrefter langt på vei disse nivåvariasjonene. Kartleggingen er basert på data for 2001 og gjelder anestesiavdelingen, gastrokirurgisk avdeling, hematologisk avdeling og klinisk kjemisk avdeling. Tallene belyser timelønnskostnader til undervisningsformål. Alle former for undervisning, så som kurs internt eller eksternt, forelesnings- eller kollokvievirksomhet, veiledningssamtaler, praktisk undervisning i jobbsituasjonen («mester/svenn-opplæring») osv. ble inkludert. Undervisningen ble inndelt i grunn-, videre- og etterutdanning, og både mottatt og gitt undervisning ble registrert. Kostnader ble beregnet som timelønn for undervisere og underviste. Beregninger av kostnader ved «mester/svenn-undervisning» ble basert på anslag over hvor stor del av arbeidstiden utdanningskandidatene mottok veiledning, samt forsinkelsen (produksjonstapet) veiledningen medførte for veilederen. Undervisningsaktivitet registrert på denne måten utgjorde 10,6 prosent av de samlede brutto lønnskostnadene ved de fire avdelingene. Totale brutto lønnskostnader ved de fire avdelingene var i 2001 på om lag 246 mill. kroner. Brutto lønnskostnader inkluderer timelønn, sosiale omkostninger og pensjonspremier. Generelt var kostnadene ved undervisning nesten utelukkende knyttet til universitets- og høgskoleutdannet personell. Av de samlede brutto lønnskostnader utgjorde utgiftene til videreutdanning (i første rekke spesialistutdanning for leger og sykepleiere) 6,1 prosent, utgiftene til etterutdanning 3,7 prosent, mens utgiftene til grunnutdanning kun utgjorde 0,9 prosent. Til sammen altså 10,6 prosent. Praktisk veiledning, inkludert fordypningstid for underordnede leger, utgjorde den klart største delen av undervisningsaktiviteten ved tre av de fire avdelingene ved Ullevål universitetssykehus.

Praksisgruppa gjorde anslag over utgifter til praksisveiledning i sykehus for høgskoleutdanninger for hele landet (basert på anslag fra Høgskolen i Oslo). Det ble anslått at de totale utgiftene knyttet til selve veiledningen var på om lag 100 mill. kroner per år.

Utvalget vil understreke at å estimere de totale kostnadene til utdanning er meget krevende. Ullevålstudien antyder av knapt 11 prosent av brutto lønnskostnader (lønn, samt sosial utgifter) er kostnader som kan knyttes til utdanning. Brutto driftsutgifter i somatiske og psykiatriske sykehus utgjorde i 2001 om lag 40 mrd. kroner. Av dette er vel 60 prosent, eller 25 mrd. kroner, lønnskostnader slik det er definert i Ullevålstudien. Med utgangspunkt i Ullevålstudien kan de totale utgiftene til undervisning ved norske somatiske og psykiatriske sykehus estimeres til om lag 2,5 mrd. kroner. Tre forhold gjør imidlertid at dette er et for høyt tall. For det første er Ullevål (og andre universitetssykehus) langt mer undervisningsintensive enn gjennomsnittssykehuset. For det andre er somatiske sykehus antagelig noe mer undervisningsintensive enn psykiatriske sykehus. For det tredje inkluderer Ullevålstudien også utgifter forbundet med at de ansatte får undervisning. Deler av dette er en del av den generelle kompetanseoppbyggingen som skal skje i sykehus og som finansieres over sykehusenes driftsbudsjett. Disse tre forholdene gjør at det er vanskelig å benytte Ullevålanalysen som grunnlag for å trekke generelle konklusjoner om kostnadene ved utdanning ved norske sykehus.

Utenlandske studier (f.eks. Grannemann m.fl. 1986, Sherman 1984) indikerer at kostnadene ved amerikanske universitetssykehus er 5–15 prosent høyere enn kostnadene ved andre sykehus. Dette vil være kostnader som både er knyttet til forskning og til undervisning. På grunnlag av disse og andre estimater gir amerikanske myndigheter et mindre påslag på DRG-prisen til sykehus med leger under utdanning. Påslaget varierer med utdanningsintensiteten, og ville i Norge i gjennomsnitt ha ligget på rundt 1,5 prosent av DRG-pris. Det betyr at kostnadene ved utdanning kan anslås til om lag 450 mill. kroner for somatiske sykehus eller 530 mill. kroner for spesialisthelsetjenestene samlet. Linna et al (1998) estimerer på grunnlag av finske data forholdet mellom undervisning og forskning til 55:45. Med utgangspunkt i utvalgets anslag av kostnadene ved forskning til 370 mill. kroner (2002), vil dette forholdstallet gi estimerte undervisningskostnader på om lag 450 mill. kroner for somatiske sykehus. Samlet for spesialisthelsetjenestene (inkludert psykiatri) kan da utgiftene til utdanning anslås til om lag 530 mill. kroner. Utvalget merker seg at de to tilnærmingene gir identiske resultater. Etter utvalgets syn må det likevel understrekes at estimatene er beheftet med betydelig usikkerhet. Utvalgets mener imidlertid at utgiftene ved utdanning kan anslås til 530 mill. kroner (2002).

16.12.2 Kostnadsnøkkel for utdanning

Frisch-Unimedstudien viste at effektene av de ulike utdanningsvariablene varierer, og til dels på en overraskende måte. Verken medisinerstudenter eller studenter fra andre helsefag synes å gi noe signifikant utslag på sykehusenes kostnader. Både turnuskandidatene og assistentlegene bidrar derimot til høyere kostnader. Merk at en ved dette ikke sier noe om forholdet mellom kostnader og inntekter. Konklusjonen er kun at produksjon av turnuskandidater og legespesialister representerer en kostnad for sykehusene. Som nevnt, støtter Ullevålstudien opp under at kostnadene ved utdanning i sykehus i første rekke er knyttet til videre- og etterutdanning. Utvalget vil likevel legge inn en kostnadsvekt som reflekterer kostnader knyttet til grunnutdanning.

Når det gjelder vektene har utvalget for medisinerstudenter og helsefagstudenter i grunnutdanning, lagt til grunn en minimums tilleggskostnad, beregnet i Frischrapporten, på 14 000 kroner per praksisuke. Når det gjelder vekter for turnuskandidater og assistentleger, har utvalget lagt til grunn anslag for lønnskostnader ved praksisstedene på henholdsvis 400 000 og 600 000 kroner per årsverk, inkludert sosiale utgifter (kilde: Helse Nord RHF). Vektene for studentene i grunnutdanning er forholdsvis lave, men disse er ikke lønnet av praksisstedene. Kostnadene er deretter normert og kan uttrykkes gjennom kostnadsnøkler.

Tabell 16.11 Kostnadsvekter undervisning.

	Kostnadsvekt
Medisinerstudenter (praksisuker)	0,20
Helsefagstudenter (uker)	0,08
Turnuskandidater (årsverk)	0,40
Assistentleger (årsverk)	0,32
Sum	1,00

Tabell 16.12 Fordeling av undervisningstilskudd.

Region	Mill. kroner (prosentandeler)[1]	Fordeling 2002 (mill. kroner)[2]
Øst	147,2 (27,8)	59,7
Sør	117,3 (22,1)	[3]
Vest	115,2 (21,7)	111,0
Midt-Norge	82,9 (15,6)	69,1
Nord	67,3 (12,7)	53,4
Samlet	530,0 (100,0)	293,1

1) Fordeling iht. kostnadsvekstene i tab. 16.11.

2) Faktisk fordeling av regionsykehustilskuddet, iht. tab. 16.1.

3) Rikshospitalets bevilgninger til undervisning ble ikke bevilget som del av regionsykehustilskuddet.

16.13 Utvalgets tilråding

Utvalget påpeker at dagens modell for finansiering av forskning og utdanning er uklar, og gir få insitament til økt fokus på disse aktivitetene. Samarbeidsorganene, som er etablert med representanter fra universitet og regionale helseforetak, har heller ikke fått klare retningslinjer å forholde seg til i alle regioner. Utvalget mener at en ved å kombinere et styrket samarbeidsorgan, en resultatavhengig finansiering av forskningen og en aktivitetsavhengig finansiering av undervisningen vil kunne sikre at forskning og undervisning ivaretas på en bedre måte enn i dag.

Utvalget legger til grunn at de enkelte samarbeidsorgan utarbeider mandat for sitt arbeid, men at mandatene forelegges foretaksmøtet. Utvalget foreslår også at det følgende skal gjelde for samarbeidsorganene når organet fordeler forskningsmidler:

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

Utvalgets flertall foreslår også at dersom det ikke oppnås enighet i samarbeidsorganet innen rimelig tid, får styret i det regionale helseforetaket saken til avgjørelse. Når det gjelder dette forslaget, har et utvalgsmedlem et alternativt forslag. Det er beskrevet i kapittel 21.

Utvalget mener videre at samarbeidsorganet skal ha som oppgave å se til at undervisningsaktivitet i regi av høgskoler og universiteter, blir tatt hensyn til når spørsmål om funksjonsfordeling innenfor de respektive helseregioner diskuteres. Utvalget finner det også naturlig at finansieringen og innretningen av særskilte funksjoner (kompetansesentre, landsfunksjoner) inngår som en del av

samarbeidsorganenes ansvar (jf. rapporten fra Vandeskoggruppen).

Utvalget har drøftet ulike modeller for fordeling av forskningsmidler til regionale helseforetak. Utvalget presenterer her en mulig modell. I kapittel 16 anslår utvalget grovt hvor store midler som brukes over helseforetakenes budsjett til lønn og overhead innen forskning ved sykehusene. Med utgangspunkt i dette anslaget, samt politiske vurderinger av hvor stor innsats en ønsker i medisinsk forskning, kan staten bestemme at en del av basisbevilgningen fordeles delvis som et fast tilskudd som er likt for alle regionale helseforetak, og delvis basert på forskningsresultater.

En del av basisbevilgningen fordeles på følgende måte:

- dels som et fast tilskudd som er likt for alle regionale helseforetak
- dels etter forskningsresultater i form av antall doktorgrader og publikasjonspoeng (jf. mulig fordelingsnøkkel i tabell 16.10)

Hvor stor andel av basisbevilgningen som fordeles ut fra disse kriteriene gjøres kjent gjennom det årlige tildelingsbrevet fra staten til regionale helseforetak. Dette skjer ved at det knyttes vilkår til deler av basisbevilgningen. Det bør videre stilles som vilkår at samarbeidsorganet kan vedta disponering av totalbeløpet som fordeles til forskning og at forskningsresultater rapporteres, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet. Deler av denne rapporteringen kan antagelig samordnes med rapporteringen som skjer i regi av Utdannings- og forskningsdepartementet.

I kapittel 16 anslår utvalget hvor store midler som brukes over helseforetakenes budsjett til lønn og sosiale utgifter til undervisning ved sykehusene. Tilsvarende som for forskning, foreslår utvalget at staten, med utgangspunkt i dette anslaget og politiske prioriteringer, fordeler en del av basisbevilgningen til regionale helseforetak basert på undervisningsaktivitet, jf. en mulig fordelingsnøkkel i tabell 16.11. For at regionale helseforetak skal motta beløpene må det stilles vilkår om at de rapporterer om undervisningsaktivitet, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet.

I tillegg til midler til forskning og utdanning, er det i spesialisthelsetjenesten behov for ressurser til generell kompetanseoppbygging, til metodeutvikling og –vurdering. Innen somatikk bør midler til disse aktivitetene ligge innenfor enhetsprisen som ligger til grunn for ISF. Innen psykiatri bør midlene foreløpig ligge som en andel av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen. Utvalget mener at 1–2 prosent av enhetsprisen/basisbevilgningen skal knyttes til denne type aktiviteter.

Kapittel 17
Finansiering av syketransport og skyss av behandlingspersonell

17.1 Dagens finansiering og organisering

I dette kapitlet drøftes finansieringssystemet for syketransport og skyss av helsepersonell. Med syketransport menes transport av pasient og evt. ledsager til og fra medisinsk behandling. Utgifter til slik transport refunderes i dag fra folketrygden etter nærmere angitte regler, og det er trygdekontorene som avgjør refusjonskravene. Folketrygden dekker også utgifter til skyss av helsepersonell på visse vilkår. Formålet med ordningen er å sikre behandlingstilbud til pasienter som av helsemessige grunner ikke kan møte fram hos behandleren. I tillegg dekkes reiseutgifter bl.a. for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien. I dette kapitlet gis en beskrivelse av disse ordningene, samt utvalgets vurderinger og forslag til endringer i regelverket.

Problemstillingen er nylig vurdert av en arbeidsgruppe med representanter fra berørte departementer og trygdeetaten. Arbeidsgruppen ble ledet av avdelingsdirektør Knut Bjørn Christophersen i Sosialdepartementet.

Utgifter til syketransport dekkes etter folketrygdloven §§ 5–16 til 5–18. Formålet med stønadsordningen er å sikre befolkningen lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted. Det er trygdekontoret som avgjør krav om reisedekning. Trygdekontorets vedtak om utgiftsdekning kan påklages til fylkestrygdekontoret. Fylkestrygdekontorets avgjørelse i klagesaken kan ankes inn for Trygderetten.

Stønadsordningen omfatter transport av pasient og eventuell nødvendig ledsager til og fra medisinsk behandling når transporten ikke må foregå med ambulanse. I utgangspunktet dekkes reiseutgifter med billigste rutegående transportmiddel til nærmeste sted der nødvendig undersøkelse eller behandling kan foretas. Hvis pasienten på grunn av sin helsetilstand må bruke dyrere transport, for eksempel drosje, dekkes de nødvendige utgifter som dette medfører. Kost og overnatting dekkes etter fastsatte satser. Reiseutgifter dekkes også når pasienten gjør bruk av retten til fritt sykehusvalg. Som behandlere regnes lege, psykolog, fysioterapeut, jordmor, tannlege, logoped/audiopedagog og ortoptist. Videre dekkes nødvendige reiseutgifter til helsestasjon og familievernkontor.

I betydelig grad foretas oppgjør direkte med transportøren. For å redusere transportutgiftene, er det opprettet kjørekontorer i fylkene som samordner syketransport med drosje. Kjørekontorenes hovedoppgaver er å motta bestillinger på drosjetransport, å planlegge turene slik at flere kan reise med samme bil, og bidra til at drosjen evt. kan ta med pasienter på returreisen. Det er i dag offentlige kjørekontorer i alle fylker. Kjørekontorene er relativt ulike med hensyn til størrelse, organisering og arbeidsmåte. I noen fylker samarbeider trygdeetaten med fylkeskommunen om samordning, og det er fylkeskommunen som står for driften av kjørekontoret.

Pasienten må som hovedregel betale en egenandel for hver reise. I 2002 er egenandelen 90 kroner per enkeltreise (180 kroner tur-retur). Egenandelene er foreslått økt til hhv. 95 og 190 kroner i 2003. Reiseutgifter omfattes av ordningen med utgiftstak for egenandeler. Ved bruk av retten til fritt sykehusvalg må alle betale en høyere egenandel for reiseutgiftene (200 kroner hver vei), og denne egenandelen omfattes ikke av ordningen med utgiftstak for betaling av egenandeler. Egenandelen er foreslått økt til 220 kroner i 2003.

Fra 1. januar 2002 er det innført en minstegrense for utbetaling av stønad fra trygden. Hvis stønaden utgjør mindre enn 50 kroner, skal den ikke utbetales. Det er anledning til å samle opp småbeløp innenfor en seksmånedersperiode, og få disse utbetalt når beløpene til sammen utgjør minst 50 kroner.

Folketrygdens utgifter til syketransport (inklusive oppholdsutgifter) var om lag 1440 mill. kroner i 2001. Bruk av drosje utgjorde over halvparten av de totale utgiftene (815,2 mill. kroner). Rutegående transport (inklusive rutefly) var også en betydelig utgiftspost med 388,5 mill. kroner. Utgifter til bruk av egen bil var på 153,3 mill. kroner. Andre utgiftsposter utgjorde mer beskjedne beløp.

Utgiftsveksten på stønadsområdet har vært betydelig de seneste år. I 2000 og 2001 var økningen hhv. 8 prosent og vel 7 prosent, regnet i faste

kroner. Denne sterke veksten er kommet til tross for at egenandelen er økt fra 55 kroner per reise hver vei i 1999 til 85 kroner per reise hver vei i 2001, noe som har bidratt til å redusere utgiftsveksten. I perioden fra 1990 til 2001 steg de totale utgiftene med over 100 prosent målt i løpende kroner. Følgende forklaringsfaktorer påpekes i rapporten fra Christophersengruppen:

- Økt sentralisering av helsetjenestene (lengre reiser).
- Antall behandlede pasienter har gått opp, og det er flere eldre pasienter.
- Rett til fritt sykehusvalg.
- Takstøkninger for transport, jf. blant annet at maksimalprisreguleringen for drosjekjøring ble opphevet i en del fylker og kommuner i mai 2000.

Veksten har fortsatt i 2002. Ifølge St.prp. nr. 26 (2002–2003) anslås de samlede utgiftene til syketransport og oppholdsutgifter til å bli om lag 1,63 mrd. kroner, det vil si om lag 13 prosent høyere enn i 2001. Denne veksten framkommer til tross for en økning i egenbetalingen fra 85 kroner til 90 kroner per reise hver vei.

Reiseutgifter for behandlingspersonell dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5–19. Formålet med bestemmelsene er å sikre at pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram hos behandleren, får et behandlingstilbud. Trygden dekker reiseutgifter for behandlere som går inn under kapittel 5 i loven, for eksempel lege, fysioterapeut og psykolog. I tillegg dekkes reiseutgifter bl.a. for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien. Trygden kan også dekke halvparten av de reiseutgiftene helsepersonell ved et familiekontor har i forbindelse med miljøundersøkelse i tilknytning til undersøkelse, behandling og rådgivning.

Privatpraktiserende behandlere leverer regning for skyssutgifter sammen med sitt øvrige oppgjør med trygdekontoret. For helsepersonell ansatt i kommunen, skal krav om dekning av reiseutgifter framsettes gjennom kommunen.

Utgifter til skyss av helsepersonell utgjorde nesten 339 mill. kroner i 2001. Helsepersonell benytter hovedsaklig egen bil til sykebesøk, og utgiftene til bruk av privat transportmiddel utgjorde totalt 244,3 mill. kroner i 2001. Utgifter til bruk av ambulansebåt var 52,4 mill. kroner, mens utgifter til bruk av drosje utgjorde 31,4 mill. kroner.

I motsetning til hva som har vært tilfellet for syketransport, har reiseutgifter for helsepersonell vist en moderat vekst de senere år. Regnet i faste kroner har utgiftene gått noe ned i siste femårsperiode. I rapporten fra Christophersengruppen pekes på at dette blant annet skyldes at kilometergodtgjørelsen for bruk av egen bil ikke er blitt oppjustert i takt med den alminnelige prisstigning. En annen årsak kan være at endret organisering av legevakttjenesten i en del kommuner har ført til at legene ikke reiser ut til pasientene i samme grad som tidligere.

17.2 Sterke og svake sider ved dagens organisering

Sterke sider ved dagens organisering

Det har tidligere vært lagt fram forslag om å overføre ansvaret for syketransport til det forvaltningsnivået som har ansvar for behandlingen. Drøftingen av sterke sider ved dagens organisering må ses i lys av dette alternativet. Dagens plassering av stønadsområdene i folketrygden innebærer at pasient og behandler har en lovfestet rett til stønad gitt at vilkårene for utgiftsdekning er oppfylt. Trygdeetaten har som primæroppgave å være stønadsforvalter, og etaten har lang erfaring i å administrere stønadsordningene for syketransport og skyss av behandlere. Ansvarsplasseringen i trygdeetaten gir:

- Nærhet til brukeren. Trygdeetaten er organisert med trygdekontor i alle kommuner, slik at det er enkelt å henvende seg til trygdekontoret med spørsmål og krav om stønad.
- Relativt stor grad av likebehandling. Folketrygdloven er rettighetsbasert. Lovverket stiller opp et sett av regler for utgiftsdekning, og alle som oppfyller de vilkår lovverket setter for en stønad, har krav på ytelsen. Trygdeetaten er organisert med trygdekontor i alle kommuner, et fylkestrygdekontor i hvert fylke og Rikstrygdeverket som direktorat for hele landet. Regelverket på syketransportområdet gjelder likt for hele landet, og Rikstrygdeverket har gitt retningslinjer til trygdekontorene som bidrar til å sikre lik behandling av like tilfeller. Også når det gjelder reiseutgifter for helsepersonell sikrer loven likebehandling. Med et kommunalt ansvar eller ansvar lagt til regionale helseforetak, vil dekningen av behandleres reiseutgifter trolig variere, og avhenge av prioriteringer i de forskjellige kommuner og helseregioner.
- Gode klagemuligheter. Trygdekontorets vedtak om dekning av reiseutgifter kan påklages til fylkestrygdekontoret og videre til Trygderetten. Klagemulighetene antas å legge til rette for at den enkelte kan nå fram med rettmessige krav om utgiftsdekning.

Svakheter ved dagens organisering

Helsesektoren trenger i dag ikke å tenke på hele utgiftsbildet når tilbudet av helsetjenester skal planlegges: Refusjonsordningen for syketransport finansieres av folketrygden, og fungerer som en slags forsikringsordning som dekker store deler av enkeltindividets utgifter til syketransport. En slik forsikringsordning kalles ofte tredjepartsfinansiering. Legen behandler pasienten, og verken legen eller pasienten har insentiver til rasjonell bruk av offentlige midler til syketransport. Folketrygden som tredje aktør blir belastet med de økonomiske konsekvenser av pasientens og legens valg. En slik situasjon vil lett gi økt etterspørsel etter transporttjenester, og kan føre til valg av andre transportmidler enn rimeligste alternativ.

I dag ligger det liten økonomisk gevinst for helseforetak i å desentralisere helsetjenester, i første rekke fordi den største gevinsten – nemlig reduserte reisekostnader – ikke tas ut på sykehusenes budsjetter. Den største fordelen ved å overføre ansvaret for syketransporten til regionale helseforetak er derfor knyttet til at det blir mer lønnsomt enn tidligere for helseforetak å desentralisere tjenester.

I det motsatte tilfelle – ved en *sentralisering* av helsetjenester – har ikke sykehus i dag noe kostnadsansvar for pasientenes økte tidsbruk og de økte reisekostnader som oppstår for pasientene og for det offentlige. Dersom regionale helseforetak overtar ansvaret for utgiftene til syketransport, vil de økte kostnadene til transport integreres i økonomien til regionale helseforetak, og slike utgifter vil måtte inngå i analyser av om sentraliserende tiltak alt i alt er hensiktsmessige.

Det er et viktig økonomisk prinsipp at finansieringsansvaret for en tjeneste bør følge utgiftsansvaret. Helsesektoren utløser utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell. En ansvarsoverføring til regionale helseforetak vil innebære et mer samlet ansvar for pasienttransport og behandling slik at syketransport i større grad kan inngå som en del av et helhetlig helsetjenestetilbud.

Det er regionale helseforetak og kommuner som har ansvar for at befolkningen gis et tilbud om nødvendige helsetjenester. Innenfor dagens ordning har ikke foretakene eller kommunene noe insitament til å holde reiseutgiftene til medisinsk behandling nede. I denne sammenheng kan det vises til erfaringene fra et prøveprosjekt som ble gjennomført i tidlig på 1990-tallet i Oppland, Telemark, Hedmark, Vest-Agder, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms. Fra 1990 overtok de sju fylkeskommunene ansvaret for syketransport på frivillig basis. Resultatene viste at det gjennomgående var lavere utgiftsvekst i prøvefylkene enn i landet for øvrig. I en fellesuttalelse til Sosialdepartementet uttalte prøvefylkene at en overføring av ansvaret for syketransporten til kommunesektoren var riktig ut fra en vurdering av forvaltningsnivåenes kompetanse, øvrige ansvarsområder og muligheter til å rasjonalisere virksomheten.

Trygdeetaten har begrensede muligheter for å planlegge, organisere eller drive transporttilbudet for pasienter. Etaten har også små muligheter for å se til at denne tjenesten fungerer godt i sammenheng med det øvrige helsetjenestetilbudet. Tryg-

Boks 17.1 Desentralisert behandling i Sør-Trøndelag

I omtalen av desentralisering av spesialisthelsetjenester i kapittel 9 refereres det blant annet til St. Olavs hospital har desentralisert sin polikliniske behandling overfor pasienter bosatt i Sør-Trøndelag. Spesialister fra sykehuset «flytter» sitt arbeidssted enkelte dager i uken til Ørlandet medisinske senter, men tilhører organisatorisk og ansvarsmessig fortsatt inn under St. Olavs hospital. Den desentraliserte spesialistpoliklinikken gir et tilbud i pasientens nærhet på linje med det nivået pasienten kunne forvente ved å reise til sykehuset. I tillegg skjer en dialog og kompetanseoverføring mot primærhelsetjenesten ved senteret.

Spesialistpoliklinikken ved Ørlandet medisinske senter behandler pasienter som ellers måtte ha reist til regionsykehuset i Trondheim. I tillegg behandles pasienter som på grunn av reiseavstanden trolig ikke ville ha oppsøkt regionsykehuset. Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) foretar en evaluering av Ørlandet medisinske senter som vil foreligge ved utgangen av 2002. Rapporten konkluderer med at den desentraliserte poliklinikken på Ørlandet er samfunnsøkonomisk lønnsom. Gevinsten for pasientene i form av lavere reise- og tidskostnader er anslått til om lag 2,2 mill. kroner årlig. Innsparingen for det offentlige er sparte utgifter til refusjon av syketransport og anslås til om lag 600 000 kroner årlig. Ekstrakostnadene (ut over betaling av legenes arbeidstid) ved å drive klinikken er om lag 400 000 kr årlig, slik at innsparingen for offentlige budsjetter er på om lag 200 000 kroner.

den kan først og fremst kontrollere at regelverket for utgiftsdekning er fulgt, og ellers dekke framsatte refusjonskrav. I tillegg kan trygdeetaten utføre samordning av syketransport med drosje på en god måte. Når potensialet for besparelser ved samordning er uttømt, har etaten liten mulighet for å hente ut ytterligere gevinster ved en bedre organisering mv. på dette området.

17.3 Alternative modeller for organisering av syketransport

I rapporten fra Christophersengruppen skisseres flere ulike alternativer for organisering av syketransporten. Ved siden av å videreføre dagens system, drøftes en løsning med fylkeskommunalt ansvar. Hovedargumentet som tidligere talte for overføring til fylkeskommunen, nemlig at den instans som utløser transportutgifter (helsesektoren) også bør ha utgiftsansvaret, tilsier nå en overføring til regionale helseforetak.

Etter at staten har overtatt ansvaret for sykehusvirksomhet og annen spesialisthelsetjeneste, synes det mest nærliggende å vurdere om ansvaret for syketransporten bør overføres til de nye regionale helseforetakene. Det er flere ulike løsninger som kan være aktuelle å drøfte i denne sammenheng. Christophersengruppen har både vurdert en full overføring av finansieringsansvaret, og at bare deler av ansvaret for syketransporten overføres til regionale helseforetak. De fire mest aktuelle modellene som gjengis nedenfor er følgende:

- alt ansvar for syketransport til regionale helseforetak
- ansvar for kjørekontorer til regionale helseforetak
- ansvar for transport innen spesialisthelsetjenesten til regionale helseforetak, annen syketransport blir værende i trygden
- ansvar for transport innen spesialisthelsetjenesten til regionale helseforetak, ansvaret for transport innen kommunehelsetjenesten til kommunene

Alt ansvar for syketransport overføres til regionale helseforetak

I denne modellen overføres midlene folketrygden i dag bruker på syketransport til regionale helseforetak. Christophersengruppen har valgt som premiss at dagens rettigheter skal videreføres etter en overføring. Dette kan oppnås ved å fastsette en eller flere nye bestemmelser i pasientrettighetsloven om at pasient og ledsager har rett til å få dekket nødvendige reiseutgifter mv. slik som beskrevet i folketrygdloven §§ 5–16 til 5–18. Utfyllende regler bør som i dag følge av forskrifter gitt med hjemmel i lovens bestemmelser. Dagens regler knyttet til for eksempel egenbetaling kan dermed videreføres.

Pasientens klagemuligheter er et sentralt element i rettighetssammenheng. Det vil neppe være aktuelt å opprettholde dagens totrinns klagebehandling (klagemulighet til fylkestrygdekontoret og deretter til Trygderetten), men det vil være viktig å sørge for klagemulighet til en uavhengig instans. Hvis det gis bestemmelser om rett til å få dekket utgifter til syketransport i pasientrettighetsloven, vil fylkeslegen bli klageinstans.

Regionale helseforetak vil måtte bygge opp et administrativt apparat for å behandle enkeltsaker som gjelder dekning av reiseutgifter. Slik saksbehandling vil være helt forskjellig fra foretakenes øvrige virksomhet. Det er usikkert om foretakene enkelt vil kunne opparbeide en saksbehandlingserfaring og rutine tilsvarende den trygdekontorene besitter.

Det kan utvikle seg noe ulik praksis mellom helseregionene hvis regionale helseforetak får ansvar for syketransport i sin region. Den funksjon Rikstrygdeverket har i dag som sentral regelfortolker og administrativ enhet for hele landet vil overtas av det nye Sosial- og helsedirektoratet, men helseforetakene antas å få en noe friere stilling enn hva som er tilfellet for Rikstrygdeverkets ytre etat.

Hvis foretakene får ansvar for syketransporten, vil det være naturlig å trekke inn reiseutgiftene i planleggingen av helsetjenestetilbudet. Det er grunn til å tro at det vil finnes en del eksempler på at det er penger å spare på en endret organisering. En bør imidlertid ikke overdrive betydningen av dette momentet, da det i stor grad vil være andre hensyn som er styrende for funksjonsfordeling og organisering i helsesektoren.

Det pågår for tiden arbeid med etablering av såkalte offentlige servicekontorer i kommunene. Det er et mål at det ved utgangen av 2003 skal finnes minst ett servicekontor i hver kommune. I dag deltar Aetat, trygdeetaten, skatteetaten og kommunene i dette arbeidet. Offentlig servicekontor skal drive informasjons- og veiledningsarbeid til den enkelte bruker. Kontoret skal også utføre egnede former for saksforberedelse, og kunne orientere brukerne om hvor deres sak befinner seg i en behandlingsprosess. Dette betyr at saker som krever mindre skjønnsutøvelse, som for eksempel refusjon av reiseregninger, eventuelt kan gjøres i servicekontoret. Arbeidet med døgnåpen forvaltning bør også nevnes som et tiltak som etter hvert

vil gjøre det lettere å komme i kontakt med og få tilgang på informasjon fra det offentlige.

Christophersengruppen hadde ikke ferske tall for transportutgiftene til og fra spesialisthelsetjenester, men trygdens regnskapstall fra tidlig på 1990-tallet viste at under 20 prosent av utgiftene gjaldt reiser til og fra kommunale helsetjenester. Det er grunn til å anta at den alt overveiende del av øvrige syketransportutgifter skyldtes reiser til og fra behandling som regionale helseforetak nå har ansvaret for. Hvis det løst anslås at om lag 80 prosent av utgiftene til syketransport er knyttet til spesialisthelsetjenesten, er det en del av disse utgiftene som foretakene ikke, eller bare i liten grad, kan påvirke. Viktigst i denne sammenheng er pasientens rett til fritt sykehusvalg. Foretakene vil dessuten ha meget begrensede muligheter for å påvirke transportutgiftene innen kommunehelsetjenesten, og for eksempel fastlegers henvisning til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Regionale helseforetak har allerede ansvar for ambulansetransport. Ambulansetjeneste med bil og båt ble overført fra fylkeskommunene til regionale helseforetak 1. januar 2002, og luftambulansetjenesten ble overført fra folketrygden fra samme tidspunkt. Hvis regionale helseforetak også får ansvaret for syketransport, kan det være mulig å se disse transporttjenestene mer i sammenheng, og for eksempel vurdere om ledig transportkapasitet med ambulanser kan utnyttes til annen syketransport. Det bør imidlertid understrekes at ambulansetransport og ordinær syketransport i utgangspunktet dekker svært ulike transportbehov. I en del tilfeller kan imidlertid pasienten trenge et transporttilbud som ligger mellom hva en drosje kan tilby og en fullt utstyrt og bemannet ambulanse.

Ansvar for kjørekontorer overføres til regionale helseforetak

I denne modellen overtar regionale helseforetak ansvaret for samordning av syketransport, det vil si finansiering og drift av kjørekontorer. Finansieringsansvaret for øvrig og fortolkningen av regelverket for syketransport blir værende i trygden. Foretakene får med andre ord et ansvar for å ta imot transportbestillinger og følge opp reglene for bruk av drosje, samt å sørge for størst mulig samkjøring.

De transporter som kjørekontorene samordner, er i all hovedsak reiser til og fra helsetjenester som helseforetakene har ansvaret for. Slik sett kan det være naturlig at ansvaret for drift av kjørekontorer legges til helseforetakene. Dette vil i en del tilfeller kunne gi tettere og bedre kontakt mellom pasient, behandler som rekvirerer transport og kjørekontoret som effektuerer transportbestillingene. Det må antas at kjørekontorer i regi av helseforetak vil ha sterkere tilknytning til behandlerapparatet enn kjørekontorer i trygdens regi, og vil ha bedre mulighet for å påvirke helsepersonell for eksempel når det gjelder praksis for rekvirering av drosjetransport.

Den viktigste motforestillingen mot å bare overføre ansvaret for kjørekontorene til regionale helseforetak, er at dette vil bryte med prinsippet om at den instans som genererer utgifter også bør ha utgiftsansvaret. Kjørekontormodellen vil bety å løsrive samordningen fra finansieringsansvaret for stønadsordningen og fra forvaltningsansvaret for øvrig. I utgangspunktet vil foretakene mangle økonomiske insitament for å gjøre en kostnadseffektiv jobb på dette området.

Hvis helseforetaket ikke har insitament som bidrar til god drift av kjørekontoret, og heller ikke har finansieringsansvar for utgiftene, kan konsekvensen bli både en mangelfull oppfølging av regelverket for syketransport og en dårlig resultatoppnåelse når det gjelder samordning av transporter.

Ansvar for transport innen spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak – annen syketransport blir værende i trygden

En annen delt løsning vil være at regionale helseforetak får finansieringsansvar for transport til og fra spesialisthelsetjenesten. All annen syketransport forblir trygdens ansvar. Modellen vil et stykke på vei være i tråd med prinsippet om at den instans som utløser en utgift også har finansieringsansvaret.

Hovedinnvendingen mot denne modellen er at stønadsordningen for syketransport vil bli mer uoversiktlig. Betalingsansvaret vil avhenge av hvilket behandlingsnivå en reiser til for å motta behandling. Denne løsningen ville heller ikke føre til at kommunen får noe ansvar for organisering mv. av kommunal syketransport, eller insitament for å begrense transportutgiftene til og fra kommunale helsetjenester.

Ansvar for transport innen spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak – ansvar for transport innen kommunehelsetjenesten overføres til kommunene

Ut fra prinsippet om at den som utløser en utgift i størst mulig grad bør ha ansvaret for utgiftsdekningen, er det også relevant å vurdere et delt ansvar

mellom regionale helseforetak og kommuner. Skillet vil da gå mellom transport til og fra spesialisthelsetjenester og transport innen kommunehelsetjenesten. Noen transporter som i dag dekkes av trygden, faller ikke klart inn under noen av de to nevnte kategoriene. Dette gjelder for eksempel reise til familievernkontor og reise for utprøving av tekniske hjelpemidler. Det må eventuelt foretas en gjennomgang hvor en tar konkret stilling til hvem som skal ha ansvar for dekning av disse transportene.

Et delt ansvar vil bety en mer fragmentert ordning. Hvis alle kommuner og fem helseregioner får ansvaret for syketransport, vil det bli flere ulike løsninger og større forskjeller i tilbudet. Mange kommuner er små, og kan mangle kompetanse, ressurser og virkemidler for å ivareta syketransportansvaret på en god måte.

17.4 Alternative modeller for å dekke reiseutgifter for behandlingspersonell

I rapporten fra Christophersengruppen skisserer også ulike modeller for plassering av ansvaret for dekning av behandleres reiseutgifter. Aktuelle alternativer til dagens organisering er å bare overføre ansvaret for skyssutgifter i hjemmesykepleien, eller å dele ansvaret for alle skyssutgiftene mellom regionale helseforetak og kommunene.

Regionale helseforetak og kommuner

En modell er å overføre ansvaret for skyss av helsepersonell til regionale helseforetak og kommuner. Dette innebærer at regionale helseforetak blir ansvarlig for utgifter til skyss av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, og kommunen får ansvaret for reiseutgifter for helsepersonell i kommunal helsetjeneste.

Christophersengruppen mener at det da må gis bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven som pålegger henholdsvis kommunene og regionale helseforetak å dekke helsepersonellets reiseutgifter. Videre bør det vurderes om det er behov for ytterligere endringer i lovene for å presisere ansvaret til kommuner og regionale helseforetak på området.

Regionale helseforetak, kommuner og folketrygden

Modellen er lik den foregående, men trygden beholder finansieringsansvar for skyssutgifter i forbindelse med helsetjenester som verken regionale helseforetak eller kommunen har ansvar for.

Begrenset overføring – hjemmesykepleien

I Ot.prp. nr. 4 (1996–1997) foreslo Sosial- og helsedepartementet at det kun var ansvar for skyss av helsepersonell i hjemmesykepleien som skulle overføres. Ansvaret skulle overføres til kommunene. Begrunnelsen fra departementet var bl.a. at fram til 1984 dekket trygden 75 prosent av lønnsutgiftene til hjemmesykepleien, mens det nå var kommunene som hadde ansvar for avlønning på lik linje med øvrige tilbud i de hjemmebaserte tjenestene. De fleste kommunene har en felles organisering for hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie. Det at finansieringsansvaret for skyssutgiftene er ulikt, kan medføre en mindre fleksibel bruk av personellressursene.

17.5 Anbefalinger fra Christophersengruppen

Christophersengruppen antar at det vil være fordelaktig å beholde ansvaret for syketransport på ett forvaltningsnivå. Gruppen har videre lagt til grunn at pasientenes rettigheter etter dagens regelverk videreføres ved en eventuell ansvarsoverføring til regionale helseforetak. Dette kan oppnås ved å innarbeide nødvendige bestemmelser i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Utfyllende bestemmelser kan som i dag fastsettes i forskrift.

Når det gjelder skyssutgifter for helsepersonell, tilrår Christophersengruppen at ansvaret overføres til regionale helseforetak/kommuner. Gruppen mener regionale helseforetak bør få ansvaret for skyss av helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten, mens kommunene bør få ansvaret for skyss av helsepersonell innen kommunehelsetjenesten. Gruppen har lagt avgjørende vekt på at den som har ansvaret for planlegging og organisering innen helsetjenesten, og som således utløser transportutgifter, også bør ha ansvaret for utgiftsdekningen. Gruppen framhever spesielt reiseutgifter for helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien som det området hvor det synes mest naturlig å overføre ansvaret.

Christophersengruppen har avgitt en delt innstilling når det gjelder ansvaret for utgifter til syketransport.

Trygdeetatens representanter i arbeidsgruppen finner ikke å kunne anbefale at ansvaret for syketransporten overføres til regionale helseforetak.

Betenkelighetene ved en overføring knytter seg særlig til konsekvensene for pasienten. Stønadsordningen fungerer godt med dagens forankring i trygden. Trygdekontoret som forvalter av ordningen gir nærhet til brukeren, idet det finnes et trygdekontor i hver kommune i hele landet. Det er fullt mulig å finne løsninger slik at utgifter til transport og behandling kan ses i sammenheng, for eksempel ved dialysebehandling, selv om ansvaret for syketransporten blir værende i trygden. Transport til og fra kommunale helsetjenester utgjør et meget stort antall av de reisene pasienter skal ha refundert, og det er hensiktsmessig å kunne få refundert utgiftene på det lokale trygdekontor. Representantene fra trygdeetaten mener det vil være en fare for at syketransport blir en lavt prioritert oppgave for regionale helseforetak i forhold til deres primæroppgave som er å sørge for et nødvendig tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen. Disse representantene ser det som lite formålstjenlig å skulle bygge opp et eget apparat knyttet til regionale helseforetak for å ivareta ansvaret for syketransport. Dette vil i så fall innebære at pasienten i noen grad kan få to ulike forvaltninger å forholde seg til, både regionale helseforetak (refusjon av reiseutgifter) og trygdekontoret (egenandeler for transport i forbindelse med frikortordningen). Hvis pasienten skal beholde de samme rettigheter som i dag, mener trygdeetatens representanter at det ikke finnes vesentlige samfunnsøkonomiske insentiver som tilsier en ansvarsoverføring. Slike økonomiske hensyn kan dessuten avhjelpes gjennom regelendringer mv. innenfor dagens organisering i trygden. Prinsippet om at den som er ansvarlig for en utgift også skal ha ansvaret for utgiftsdekningen, vil for øvrig ikke bli oppfylt for syketransport til kommunale helsetjenester hvis det skjer en ansvarsoverføring til regionale helseforetak.

Departementenes representanter i arbeidsgruppen går inn for at ansvaret for syketransporten i sin helhet overføres til regionale helseforetak, og foreslår at dette gjennomføres fra 1. januar 2004. Hovedbegrunnelsen for en ansvarsoverføring er at regionale helseforetak vil ha bedre muligheter for styring på dette området. Spesialisthelsetjenesten utløser utgifter til syketransport gjennom organiseringen av helsetjenestetilbudet mm., og bør derfor ha ansvaret for utgiftsdekningen. Regionale helseforetak vil lettere kunne se transportutgifter og utgifter til behandling i sammenheng, og for eksempel kunne redusere ulempene ved lange transporter for pasienten ved å opprette behandlingstilbud nærmere hjemstedet. En ansvarsoverføring antas å kunne gi samfunnsøkonomisk gevinst i form av mer kostnadseffektiv syketransport, og vil bidra til at pasienttransport blir en mer naturlig del av et helhetlig helsetjenestetilbud. Representantene fra departementene legger til grunn at pasientenes rettigheter ikke vil bli svekket etter en overføring, og at regionale helseforetak vil bygge opp det apparat som er nødvendig for å ivareta den nye oppgaven.

Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget til departementenes representanter

Christophersengruppen peker på at det mest vanlige utgangspunktet for en slik overføring, er at en i overføringsåret legger til grunn utgiftsnivået og geografisk fordeling av utgiftene i en periode før ansvarsoverføringen blir bestemt. Regnskapstall for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell i de enkelte fylker og kommuner kan dermed brukes som overføringsbeløp. I utgangspunktet vil regionale helseforetak og kommunene kunne overta de økonomiske ressurser som trygdeetaten har til disposisjon i den enkelte helseregion og kommune.

Med et slikt prinsipp for overføring av midler må det unngås at det enkelte regionale helseforetak og kommunen får anledning til å påvirke nivået på overføringen etter at overføringen er bestemt. Selv om foretaket og kommunen bare i begrenset grad vil kunne påvirke utgiftsnivået for syketransport og skyss av helsepersonell, kan det likevel være rimelig å ta utgangspunkt i regnskapstall fra det året en overføring ble sterkt aktualisert. For å unngå at mer tilfeldige variasjoner i regnskapsutgifter skal få betydning, kan det eventuelt være hensiktsmessig å ta gjennomsnittet av utgiftene de siste tre årene.

Gruppen peker på at et problem med et slikt overføringsprinsipp er at det vil gi forholdsvis høy kompensasjon til helseregioner der trygdeetaten har gjort en svak innsats knyttet til samordning av syketransport, og tilsvarende lav kompensasjon til regioner der trygdeetaten har gjort en god jobb. Potensialet for ytterligere innsparing vil være størst der kompensasjonsnivået er høyest. Slik sett kan prinsippet oppfattes som urettferdig for enkelte helseregioner. Prinsippet antas imidlertid å være mer treffsikkert ved overføring til helseregioner enn ved overføring til fylkeskommunene fordi helseregionene omfatter større områder, slik at forskjeller trolig blir mer utjevnet. Utvalget vil peke på at det her kan benyttes overgangsordninger som medfører at en etter et visst antall år kommer i en situasjon der dette beløpet fordeles mellom regionene etter objektive kriterier. I kommunesek-

toren benyttes generelt en overgangsperiode på fem år ved oppgaveendringer.

Gruppen peker på at overføringsnivået i utgangspunktet kan være folketrygdens utgifter på overføringstidspunktet. Det har imidlertid vært en betydelig underliggende utgiftsvekst på syketransportområdet i de senere år. Dette kan være et resultat av flere og lengre reiser, eller skyldes at kostnadene har steget for hver transportkilometer. Gruppen mener det kan være grunn til å tro at denne utgiftsveksten vil fortsette, og at det bør vurderes å ta hensyn til dette ved senere tildelinger av midler til regionale helseforetak.

I en rapport fra en arbeidsgruppe i Rikstrygdeverket (rapport 03/2000), heter det følgende om denne problemstillingen:

> «En overføring av ansvar til fylkeskommunene ved kompensasjon via inntektssystemet, vil uten korrigeringer medføre store innsparinger for folketrygden/staten. Staten vil slippe å måtte betale for de økte utgiftene som skyldes økt volum mv. av syketransport. Det vil kunne være rimelig at det gjøres en korrigering slik at fylkeskommunene får en viss kompensasjon for forventet utgiftsvekst i en periode fremover … Den underliggende utgiftsvekst korrigert for prisstigning og egenbetalingsøkninger ut over prisstigningen har i perioden 1990 til 1998 vært rundt 5 pst. hvert år. Det antas at det vil være et visst innsparingspotensiale knyttet til overføringen. Et mulig kompensasjonsopplegg for forventet utvikling mv. i perioden kan være at fylkeskommunene hvert år i for eksempel en femårsperiode får eksempelvis fra 50 til 75 prosent av den historiske volumveksten som kompensasjon.. (…) Denne kompensasjonen vil en kunne korrigere for i beregningen av vekst i kommuneopplegget (det vil si at den vil komme i tillegg til det vekstopplegget som Regjeringen hvert år foreslår). Dette bør vurderes konkret i forbindelse med de årlige kommuneøkonomiske oppleggene. Ved en vekst i de frie inntektene vil det kunne ligge en «volum»-kompensasjon også i det generelle kommuneopplegget.»

Trygdekontorenes arbeid med å administrere syketransportområdet og reiseutgifter for behandlingspersonell knytter seg i hovedsak til behandling av krav og utbetaling av oppgjør for reiseutgifter, herunder registrering av egenandeler for transport i pasientens kvitteringskort for egenandeler. Trygdekontorene, fylkestrygdekontorene og Rikstrygdeverket anslås *samlet* å bruke i størrelsesorden 220 årsverk på arbeidsområdene syketransport og reiseutgifter for helsepersonell. For trygdekontorenes del (200 årsverk) er anslaget meget usikkert. I tillegg kommer utgifter til drift av kjørekontorene, og 1 mill. kroner i prosjektmidler som disponeres av Rikstrygdeverket. I 2001 ble det bevilget 20,6 mill. kroner til kjørekontorene, inklusive midler til anslagsvis 60–70 årsverk ved disse kontorene. Kostnadene ved å administrere stønadsordningene etter en overføring antas å bli på omtrent samme nivå som i dag eller lavere.

I mange trygdekontorer utgjør arbeidet med saksområdene syketransport og reiseutgifter for helsepersonell til dels svært små stillingsandeler. Dette, sammen med den geografiske spredning av de som jobber med disse sakene i trygden, antas å være et problem med tanke på overføring av ressurser fra trygdeetaten til foretakene. Overføring av personer og stillinger på dette området fra trygdekontorene til regionale helseforetak lar seg vanskelig realisere.

Ved en overføring av ansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingspersonell, vil det neppe være aktuelt å opprettholde dagens klageordning som innebærer klagemulighet til to nivåer, først til fylkestrygdekontoret og deretter til Trygderetten. Klageadgangen bør trolig begrenses til en instans. Dette vil bety en administrativ forenkling. Forenklingen vil imidlertid være av relativt marginal betydning med hensyn til administrativ innsparing.

Christophersengruppen har i forbindelse med sin innstilling ikke hatt tilgang til informasjon som gjør det mulig å skille ut ressursbruk knyttet til oppgaver som eventuelt overføres til kommunene, det vil si refusjon av reiseutgifter for en del helsepersonell. Det er grunn til å tro at ressursbruken er relativt ubetydelig i forhold til arbeidet med syketransport.

17.6 Utvalgets vurderinger og tilrådinger

I kapittel 7 er det gitt en oversikt over kriterier som utvalget bruker for å vurdere finansieringssystemet. De mest relevante kriteriene for å vurdere denne delen av finansieringssystemet er «likhet» og «kostnadseffektivitet».

Finansieringssystemet for syketransport innebærer en form for tredjepartsfinansiering. Det finansielle ansvaret ligger hos en instans som i begrenset grad har mulighet til å påvirke de beslutningene som utløser behov for syketransport. Utvalget vil peke på at dette er i strid med prinsippet om kostnadseffektivitet. Ut fra dette prinsippet bør systemet være slik at også transportkostnadene tas med i vurderingen når helsetilbudet utfor-

mes. I den grad transportmønsteret endres på en måte som reduserer reisebehovet, er dette også en endring som kommer pasientene til gode. Det må antas at pasientene generelt sett ønsker behandling nærmest mulig hjemstedet.

En mulighet for å rette opp i slike problemer knyttet til tredjepartsfinansiering kunne være å innføre en hjemmel for at budsjettmidler til syketransport kan benyttes til å finansiere desentraliserte behandlingstilbud. Forutsetningen må være at dette totalt sett gir lavere utgifter (behandlings- og reiseutgifter setter under ett). En kunne da tenke seg at helseforetak som oppretter lokale behandlingstilbud, kan søke om finansiering fra budsjettposten for syketransport. Trygdeetaten kunne da eventuelt behandle slike søknader, eller gi innstillinger til Helsedepartementet som skulle kunne avgjøre slike saker. Hvis søknaden blir innvilget, kan beløpet overføres helseforetaket og legges inn i de årlige rammene til det aktuelle helseforetaket. Innsparinger knyttet til desentralisering vil således kunne tilfalle helseforetakene.

Utvalget vil vise til at dette søknadsbaserte opplegget ikke vil fange opp tilfeller der helseforetakene sentraliserer tilbud og dermed bidrar til økte reiseutgifter. Det samme regionale helseforetaket kan presentere et prosjekt for trygdeetaten som vil gi innsparinger, mens andre tiltak vil gi økte utgifter. Trygdeetaten vil vanskelig kunne gripe inn overfor dette. Det blir dermed en asymmetri mellom innsparingstiltak og utgiftsøkende endringer i behandlingstilbudet. Utvalget vurderer på denne bakgrunn at slike tilpasninger innenfor dagens ansvarsmodell vil være utilstrekkelig motvekt til den kostnadsøkende effekten av tredjepartsfinansiering.

Staten har som eier, for eksempel i styringsdokumentet til regionale helseforetak, mulighet til å kunne pålegge regionale helseforetak å ta hensyn til eventuelle økte transportutgifter knyttet til endringer i behandlingstilbud og behandlingslokalisering. Helseforetakslovens § 30 sier også at spørsmål av vesentlig betydning skal legges fram for Helsedepartementet. Dette kan for eksempel være vesentlige endringer av tjenestetilbud der også konsekvenser for pasientenes reisetider og folketrygdens utgifter vil kunne vurderes. De samlede utgiftene til syketransport vil imidlertid ikke bare avhenge av store funksjonsendringer, men også påvirkes av en mengde mindre justeringer av behandlingstilbud. Etter utvalgets vurdering vil det ikke være hensiktsmessig at Helsedepartementet som eier detaljstyrer lokaliseringsbeslutninger ut fra vurdering av konsekvenser for folketrygdens syketransportutgifter. Utvalget legger vekt på det helhetlige ansvar regionale helseforetak har for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk. Det er viktig at foretakene innen et slik helhetlig ansvar også motiveres til å ta hensyn til reiseutgifter knyttet til behandling.

Utvalget vil vise til at Oppgavefordelingsutvalget, som la fram sin innstilling i juli 2000, konkluderer med at ansvaret for syketransport og skyss av behandlingspersonell bør overføres til kommunesektoren, og framhever at dette er i tråd med det finansielle ansvarsprinsippet. Etter dette utvalgets vurdering har tidligere forsøk vist at transporttilbudet og pasientens velferd vil bli godt ivaretatt av det regionale folkevalgte nivået, og at en ansvarsoverføring ikke innebærer en bekymringsfull svekkelse av den enkelte pasients rettigheter.

Stortinget har flere ganger på 1980- og 1990-tallet behandlet forslag om å overføre ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell fra folketrygden til kommunesektoren, men forslagene er blitt avvist. Stortingsflertallet har bl.a. vært opptatt av likhet i tilbudet, og at pasientenes rettigheter kunne bli svekket etter en overføring. Utvalget mener det bør legges stor vekt på hensynet til likhet mellom brukerne. Utvalget støtter derfor forslaget i rapporten fra Christophersengruppen om at dagens rettigheter skal videreføres etter en overføring. Dette kan sikres gjennom en eller flere nye bestemmelser i pasientrettighetsloven. Det kan reises spørsmål om overføring av ansvaret for syketransport til helseforetakene vil medføre praktiske vanskeligheter som i realiteten er til hinder for likebehandling og god tilgang til tjenestene. Dette kan være tilfelle hvis det blir lang avstand til den instans som har ansvar for å foreta utbetalinger. Utvalget mener imidlertid at det bør kunne finnes praktiske løsninger på dette problemet. Hensikten med en omlegging er ikke å flytte ansvaret for den praktiske håndteringen av reiseregninger, men å påvirke de beslutningene som utløser reisekostnader. Den mest nærliggende løsningen er et system der regionale helseforetak ikke selv står for det praktiske arbeidet knyttet til utbetaling av reiseregninger mv., men at disse tjenestene kan kjøpes av andre, fortrinnsvis fra trygdeetaten. Dette må kunne reguleres i form av avtaler der fullmaktsforholdene klarlegges innenfor de rammer som settes av lov og forskrifter.

Utvalget vil etter en samlet vurdering foreslå at ansvaret for all syketransport overføres til regionale helseforetak. Utvalget har lagt betydelig vekt på at dette er i tråd med prinsippet om at finansieringsansvaret bør ligge hos den part som har mulighet til å påvirke utgiftene. At det ikke foreslås en delt finansiering mellom regionale helseforetak

og kommunene, må ses i sammenheng med at en relativt liten andel av utgiftene til syketransport kan knyttes til syketransport innenfor kommunene, og at det vil være lite hensiktsmessig at det bygges opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene. Dette er også i tråd med anbefalingene i en rapport som Rikstrygdeverket avga i februar 2000. I denne rapporten gis ingen klar konklusjon på om ansvaret for syketransporttjenesten bør overføres til fylkeskommunene, men det anbefales at en eventuell overføring av ansvar for syketransport bør skje til fylkeskommunen, i stedet for en delt løsning med både kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Oppgavefordelingsutvalget støtter også en slik løsning, og mener at en oppsplitting av ansvarsområdet på kommuner og regioner vil gi en for fragmentert oppgaveløsning på et område hvor likebehandling av pasienter er viktig. Utvalget påpeker at det i forbindelse med en overføring må gjøres lovendringer. Det må gis bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger regionale helseforetak å dekke utgifter til syketransport. Rettighetene som i dag er forankret i folketrygdloven må overføres til pasientrettighetsloven.

Et mindretall i utvalget (medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk) er ikke enig i forslaget om å overføre det samlede ansvaret for syketransport til regionale helseforetak. Utvalgsmedlemmet Brundtland går mot forslaget om å overføre ansvaret for syketransport utløst av kommunehelsetjenesten til regionale helseforetak. Medlemmet er enig i at syketransport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak. Det vises til kapittel 21 der alternative tilrådinger med begrunnelser er gjengitt.

Utvalget foreslår videre at ansvar for skyss av behandlingspersonell overføres til helseforetakene og kommunene. Utgiftene til skyss av behandlingspersonell innen spesialisthelsetjenesten bør overføres til helseforetakene, mens skyssutgiftene innen kommunehelsetjenesten bør overføres kommunene. Argumentet er her det samme, finansieringsansvaret bør ligge hos den part som har mulighet til å påvirke utgiftene. Dette er også i tråd med anbefalingen fra oppgavefordelingsutvalget. Utvalget påpeker også her at det er behov for lovendringer. Det må gis bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven som pålegger kommunene å dekke helsepersonellets reiseutgifter.

Utvalgets forslag innebærer at foretakene overtar en ordning som i flere år har hatt en stor vekst, og en vekst ut over veksten ellers i spesialisthelsetjenesten. Forslaget i seg selv forventes å gi samordningsgevinster og derfor lavere utgifter på sikt enn det som ellers ville vært tilfelle. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mellom stat og foretak, mener utvalget at det bør gis en særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette.

Dagens regelverk generelt for trygderefusjoner knyttet til engangsbeløp innebærer at det ikke gis refusjon for beløp under 50 kroner, men at det kan gis refusjon når disse overstiger 50 kroner i løpet av en seksmånedersperiode. Utvalget mener at dette til en viss grad står i motstrid til hensynet til enkelhet. Utvalget mener derfor det bør vurderes å heve beløpet knyttet til reiseutgifter noe, for eksempel til 100 kroner. Siden utgiftene vurderes innenfor en seksmånedersperiode, vil dette forslaget gi økte utgifter kun for pasienter som har få og relativt korte reiser.

Kapittel 18
Finansiering av kapital

Ett av de sentrale målene med sykehusreformen og den nye foretaksmodellen har vært å legge til rette for bedre ivaretakelse av de verdier som ligger i bygg og utstyr. Helseforetaksloven § 43 første ledd fastslår at regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak. Dette innebærer en omlegging i forhold til tidligere systemer i fylkeskommuner og stat. Foretakenes samlede kostnader ved bruk av realkapital skal komme fram i regnskapene. I fylkeskommunenes resultatregnskaper inngår renter og avdrag. Helseforetakenes kapitalkostnader vil bestå av renter og kostnader knyttet til bruk av realkapital i form av kapitalslit, som i regnskapene kommer til uttrykk som avskrivningskostnader. Forskjellen i forhold til tidligere er med andre ord at avskrivninger nå inngår som kostnad i resultatregnskapet istedenfor avdrag. Slik blir kapitalkostnadene uavhengige av om investeringene finansieres gjennom lån eller egenkapital.

18.1 Tidligere system for finansiering av investeringer i sykehus

18.1.1 Finansieringssystem i årene før 2002

Fylkeskommunenes investeringsbeslutninger har i stor grad vært styrt av fylkeskommunenes inntektsrammer og deres økonomiske situasjon. Tidligere godkjente Kommunal- og regionaldepartementet alle fylkeskommunenes låneopptak. Etter endringer av Kommuneloven som trådte i kraft 1. januar 2001, ble beslutningsmyndigheten og ansvaret for konsekvensene av lånevirksomheten i større grad enn tidligere lagt på fylkeskommunene. Ved gjennomføring av investeringsprosjekter i spesialisthelsetjenesten refunderte staten ved Helsedepartementet 37,5 prosent av byggekostnadene, samt 50 prosent av utstyrsinvesteringene relatert til utbyggingsprosjekter gjennom den såkalte kapitalrefusjonsordningen. Kommunal- og regionaldepartementet har etter særskilte søknader også utbetalt ekstraordinært skjønnstilskudd i forbindelse med større utbyggingsprosjekter i sykehussektoren.

Statssykehusene hadde tidligere ikke låneadgang. Investeringene måtte dermed kontantfinansieres gjennom de årlige bevilgningene. I 1990-årene var det ett stort utbyggingsprosjekt i statlig regi, nytt Rikshospital. Utbyggingsprosjektet fikk en kostnadsramme i størrelsesorden 6 mrd. kroner.

18.1.2 Finansieringssystem i 2002

Foretakenes regnskap skal fra og med 2002 avgis i samsvar med regnskapslovens bestemmelser. Ved budsjettbehandlingen høsten 2001 ble det imidlertid lagt opp til at 2002 skulle være et overgangsår for styring og finansiering av investeringer, bl.a. ved at foretakenes investeringer skulle kontantfinansieres gjennom bevilgningene over statsbudsjettet. Overgangsreglene innebar følgende, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003):

- At det i 2002 gis bevilgninger som tilskudd til investeringer tilsvarende det investeringsnivå som er etablert for sykehusene på 1990-tallet, målt som andel av fylkeskommunenes samlede driftsinntekter utenom renter. Dette er om lag 3 mrd. kroner som er lagt inn i basisbevilgningen. Tildelingen til de enkelte regionale helseforetak har vært basert på fordelingen som har fulgt av utstyrs- og psykiatriplanen Øvrige midler er fordelt etter en nøkkel som gjenspeiler bindinger som ligger på allerede igangsatte og godkjente prosjekter.
- At det ikke ble gjort vesentlige endringer av finansieringsordningene for 2002.
- At det i 2002 legges opp til en direkte sentral statlig styring og kontroll av omfang og innretning av investeringer.

Helseforetakene ble stiftet med et kontantinnskudd på 100 000 kroner ved inngangen til 2002. All virksomhet med tilhørende eiendeler og gjeld er overført til helseforetakene fra samme tidspunkt. Overføringen er skjedd som et tingsinnskudd. Dette er et egenkapitalinnskudd som ikke består av penger, og kan for eksempel være en virksomhet eller et fysisk driftsmiddel.

Bokføringen av tingsinnskuddet vil skje i årsregnskapet for 2002, basert på et foreløpig verdiestimat. Endelig verdsetting av kapitalen vil bli fast-

satt innen regnskapet for 2003 avlegges, det vil si senest 30. juni 2004. Da vil en også ta stilling til foretakenes kapitalstruktur, det vil si forholdet mellom egenkapital og gjeld. Inntil da vil all innskutt kapital være å anse som egenkapital i foretakene.

I St.prp. nr. 59 (2001–2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 ble det foretatt en nærmere gjennomgang av foretakenes situasjon mht. investeringer. Denne gjennomgangen resulterte i en tilleggsbevilgning til investeringer på 300 mill. kroner, og at det ble bevilget 1 mrd. kroner til lån til investeringsprosjekter i 2002.

18.2 Overgang til regnskapsprinsippet: konsekvenser av valg av verdsettelsesprinsipp for åpningsbalansen mv.

Avskrivninger på realkapitalen er en regnskapsmessig kostnad. Hvis avskrivningene ikke skal bidra til underskudd i helseforetakenes regnskaper, må regionale helseforetak få en inntektsøkning som tilsvarer avskrivningene. Dette illustrerer at verdien som fastsettes for realkapitalen i helseforetakene har konsekvenser for bevilgningsnivået. Jo høyere balanseverdier som fastsettes, jo høyere blir avskrivningsbeløpet og bevilgningsbehovet.

I henhold til regnskapsloven § 4–1 nr. 1 skal transaksjoner regnskapsføres til virkelig verdi på transaksjonstidspunktet. I prinsippet er det derfor virkelig verdi som skal legges til grunn for verdsetting av eiendelene ved overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten.[1] Virkelig verdi er definert som nåverdien av forventede framtidige kontantstrømmer, neddiskontert til vurderingstidspunktet med en relevant risikojustert rente. Det kan velges ulike praktiske tilnærminger til virkelig verdi (markedsverdi/salgsverdi, gjenanskaffelseskost, anskaffelseskost/historisk kost), men uansett metodevalg bør det vurderes om estimert verdi er i samsvar med en verdsetting basert på framtidige kontantstrømmer. Dersom vurderingen tilsier at verdiene som følger av en teknisk åpningsbalanse ikke lar seg forsvare, bør åpningsbalansen reduseres tilsvarende.

Innenfor samferdselssektoren er det gjennomført en rekke omdanninger de siste årene. Noen eksempler beskrives her.

1. Det er regnskapsfaglig tvilsomt om omdanninger av denne typen egentlig skal forstås som en transaksjon.

18.2.1 Eksempler på verdsetting av kapital i samferdselssektoren

NSBs trafikkdel

NSBs trafikkdel ble omdannet til særlovselskap i 1996, jf. St.prp. nr. 2 (1996–1997). NSB foretok en verdivurdering av anvendt kapital uttrykt i nåverdi av forventet framtidig kontantstrøm. Samferdselsdepartementet benyttet i tillegg ekstern konsulenthjelp til uavhengig vurdering av beregninger som var foretatt og forutsetningene for disse. Formålet med verdivurderingen var å finne ut om en beregnet verdsetting ga et annet bilde av verdiene i selskapet enn det som gikk fram av den bokførte balansen), og å sikre at selskapet ble opprettet med forsvarlige verdier og en tilstrekkelig egenkapital til å gi nødvendig finansiell styrke. Vurderingen av selskapets anvendte kapital ga en verdi som var lavere enn tilsvarende bokførte verdier på omdanningstidspunktet. Departementets konsulent pekte på at det kunne ligge merverdier i bokførte driftsuavhengige eiendeler, særlig i eiendomsmassen og tilknyttede selskaper. Verdsettingen av de driftsuavhengige eiendelene, bl.a. eiendomsmassen, var imidlertid forbundet med så stor usikkerhet at merverdiene vanskelig kunne anslås nøyaktig. Konsulenten konkluderte imidlertid med at det samlet sett var grunnlag for å benytte bokførte verdier i åpningsbalansen for særlovselskapet. Samferdselsdepartementet sluttet seg til dette.

Postverket

Postverket ble også omdannet til særlovselskap, i desember 1996. Postverket foretok en verdivurdering av anvendt kapital uttrykt i nåverdi av mest sannsynlig framtidig kontantstrøm. Samferdselsdepartementet benyttet ekstern konsulenthjelp for å få en uavhengig vurdering av de beregninger som var foretatt og forutsetningene for disse. Formålet var også her å sammenlikne verdsettingen medverdiene som gikk fram av bokført balanse, og å sikre at selskapet ble opprettet med forsvarlige verdier og en formålstjenlig egenkapital som ville gi en ønsket finansiell styrke.

Departementets konsulent mente det var overveiende sannsynlig at forventet verdi av anvendt kapital var høyere enn bokført verdi, men kunne ikke konkludere med at dette var tilfelle. Usikkerheten knyttet til en eventuell merverdi ble betraktet som stor, og derfor burde bokført verdi benyttes i åpningsbalansen for særlovselskapet. Samferdselsdepartementet var enig i dette.

Både for NSB og Postverket ble det pekt på at beregningene var svært følsomme for utviklingen i sentrale parametre, som for eksempel lønnsutviklingen.

Statens vegvesen

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2002–2003) fra Samferdselsdepartementet omhandles omdanning av Statens vegvesens produksjonsvirksomhet til statlig aksjeselskap. Denne proposisjonen er en oppfølging av tidligere vedtak. Forslag om omdanning av Statens vegvesens produksjonsvirksomhet til statlig aksjeselskap ble lagt fram i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001–2002). Stortinget sluttet seg til dette.

I verdivurderingen av Statens vegvesens produksjonsdel ble det benyttet en inntjeningsbasert verdivurderingsmodell hvor selskapets framtidige kontantstrømmer etter skatt ble neddiskontert med et avkastningskrav. Dette ga nettoverdien av selskapets eiendeler og gjeld (sysselsatt kapital). Etter tillegg for netto rentebærende likvider framkom selskapets egenkapitalverdi. Beregning av selskapets framtidige kontantstrømmer tar utgangspunkt i selskapets langtidsbudsjett fram til utløpet av 2012. Dette budsjettet ble korrigert med kontanteffekten av investeringer og binding i arbeidskapital. Før endelig utkast til balanse ble fremmet, ble det også gjort en ytterligere reduksjon av verdien av anleggsaktiva på bakgrunn av forventet sterkt prispress i markedet, og på grunn av at selskapet hadde et stort omfang av anleggsmidler som ikke ville gi inntjening.

Luftfartsverket

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2002 fattet Stortinget vedtak om å be regjeringen sette i gang arbeidet med å omgjøre Luftfartsverket til aksjeselskap, jf. Budsjett-innst. S. nr. 13 (2001–2002). Samferdselsdepartementet fulgte opp dette i St.prp. nr. 1 tillegg nr. 2 (2002–2003) ved å legge fram forslag om å omdanne forvaltningsbedriften Luftfartsverket til statlig eid aksjeselskap fra 1. januar 2003.

Luftfartsverket har beregnet virkelig verdi av virksomheten (Luftfartsverket som selskap) uttrykt i nåverdi av forventet framtidig kontantstrøm. Resultatet av verdivurderingen er et forslag om at beregnede, virkelige verdier bør legges til grunn for åpningsbalansen. Bruk av bokførte verdier som verdigrunnlag er vurdert som uaktuelt i denne saken, bl.a. fordi det regionale flyplassnettet ikke er bokført med noen verdi (det vil si null).

18.2.2 Verdifastsettelse i spesialisthelsetjenesten

Som det går fram av eksemplene fra samferdselssektoren, er det ikke gitt hvilket prinsipp som bør legges til grunn for en verdifastsettelse av eksisterende kapital. Det er imidlertid felles for eksemplene at kontantstrømanalyser er sentrale ved verdivurderingen.

Helseforetakene får sine inntekter bestemt av staten. Inntektsutviklingen framover vil derfor i første rekke avhenge av hvordan behovene i denne sektoren veies opp mot behov i andre sektorer. Dagens bevilgninger til investeringer kan være et mulig utgangspunkt når åpningsbalansen for helseforetakene skal fastsettes. Dette innebærer at åpningsbalansene tilpasses slik at avskrivningene blir like høye som det som i dag er lagt inn i inntektsrammene til investeringer.[2]

Utvalget er kjent med at det er foretatt en foreløpig verdsettelse av realkapitalen i helseforetakene basert på gjenanskaffelseskost, og at resultatet av denne verdsettelsen gir høyere beregnede avskrivninger enn det som har vært faktisk investeringsbeløp de siste årene, og som er lagt til grunn i inntektsrammene for 2002 og 2003. Hvis investeringene som foretas av helseforetakene er lavere enn det som antas å være det reelle kapitalslitet i flere år, vil realkapitalen over tid bli redusert. For staten som eier av sykehussektoren vil det imidlertid være naturlig å fokusere på de samlede investeringene, og hvordan sykehuskapitalen totalt sett utvikler seg. Det er lagt opp til at enkelte store prosjekter delvis skal finansieres gjennom særskilte tilskudd fra staten, jf. omtale nedenfor. Det investeringsnivået som det legges til rette for gjennom de generelle rammene til regionale helseforetak, må vurderes i lys av dette. Rammene til regionale helseforetak må også vurderes opp mot andre formål på statsbudsjettet, jf. nærmere drøfting av dette i avsnitt 18.4.

18.3 Forslag til nytt system for styring og finansiering av investeringer i statsbudsjettet for 2003

I St.prp. nr. 1 (2002–2003) presenteres et nytt system for styring og finansiering av investeringer i foretakene. Systemet bygger på en kombinasjon av

2. Dette er en tilnærming. Med denne tilpasningen vil verdiene i åpningsbalansen bli litt høyere enn nåverdien av inntektsøkningen som er lagt inn i RHFenes budsjetter for å dekke avskrivninger.

fullmakter til foretakene, og overordnet styring. Styringen skal sikre at investeringer foretas i samsvar med overordnede helsepolitiske prioriteringer, og innenfor rammer som gir kontroll med kostnadsutviklingen. Det legges også til grunn at systemet skal gi mulighet for utjevning mellom regionene, i den grad det er nødvendig for å sikre likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester.

For å ivareta intensjoner og forutsetninger i helseforetaksloven, bygger det nye systemet på følgende hovedelementer, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003):

- Samlede kostnader vurderes ved investeringsbeslutninger.
- Det stilles ikke krav til avkastning på egenkapitalen eier har skutt inn i foretakene.
- Foretakene skal kunne lånefinansiere investeringer, innenfor lånerammer som fastsettes av regjering og Storting, i samsvar med helseforetaksloven.
- De ansvarlige styringsorganene i foretakene gis anledning til å treffe investeringsbeslutninger, og ansvar for å følge opp disse innenfor de økonomiske rammebetingelsene.
- Det etableres et overordnet styrings- og kontrollsystem med foretakenes investeringer som skal gi tilstrekkelig sikkerhet for at kommende års kostnader lar seg håndtere innenfor kommende års inntektsrammer.

En konsekvens av dette systemet er at det som hovedregel ikke lenger bevilges egne tilskudd til investeringer. I 2003 er det lagt inn om lag 3 mrd. kroner til investeringer i basisbevilgningen, og disse midlene er fordelt i forhold til andelen regionalt helseforetak har av beregnede avskrivninger, slik de kommer fram i den foreløpige verdsettingen av helseforetakenes bygninger og utstyr. Det er lagt til grunn at hoveddelen av investeringene vil håndteres innenfor disse rammene og i regi av styrene i regionale helseforetak.

18.3.1 Låneadgang og lånerammer

I St.prp. nr. 1 (2002–2003) understrekes at kostnadene skal være avgjørende når investeringer besluttes. Et system med kontantfinansiering av investeringer vil ikke understøtte dette, og er ikke i samsvar med det helhetlige ansvar foretakenes styringsorganer har for ressursbruk. Dette medfører at låneadgang er nødvendig for at foretakene skal ha mulighet og fleksibilitet til å gjennomføre fornuftige investeringer.

Det er i proposisjonen foreslått en bevilgning til lån til investeringsformål i 2003 på 2 mrd. kroner, som er en økning på 1 mrd. kroner fra 2002. Bevilgningen skal blant annet dekke kostnadene ved utbygging av ny universitetsklinikk i Trondheim.

Helseforetakene vil ha behov for midlertidig finansiering (byggelån) til større prosjekter. Det er en forutsetning at slik mellomfinansiering dekkes innenfor bevilgningen for 2003. Det er lagt til grunn at helseforetakene skal låne hos staten.

18.3.2 Avkastning på egenkapital

Argumentene for at foretakene skal stilles overfor kostnadene ved bruk av kapital kan tilsi at eier skal ha godtgjørelse for den egenkapital som er skutt inn i foretakene. Det legges i St.prp. nr. 1 (2002–2003) likevel ikke opp til et system med godtgjøring for bruk av egenkapital. Det argumenteres med at dette ville innebære at det måtte føres betydelige midler fram og tilbake mellom stat og foretak uten at foretakets rangering av investeringsprosjekter endres, jf. nærmere drøfting nedenfor. Det anses derfor forsvarlig at det ikke kreves godtgjørelse for bruk av egenkapital. Når foretakene vurderer kjøp av tjenester fra private, må det ses hen til denne forskjellen i rammebetingelsene. I dialogen med samarbeidspartnere må det også være rom for at de private virksomhetene tar opp investeringsbehov, og at det vurderes avtaler om tjenestekjøp mv. som kan gi grunnlag for investeringer.

Utvalget vil peke på at avkastning på egenkapital har sammenheng med finansieringssystemet både når egenkapitalen skytes inn i åpningsbalansen og ved store investeringsprosjekter.

Helseforetakene har i dag ikke midler til å betale staten avkastning på egenkapitalen som skytes inn i åpningsbalansen. Hvis det skal kreves slik avkastning, må inntektsrammene økes tilsvarende. Det er således ingen vesentlig forskjell mellom et positivt avkastningskrav kombinert med en tilsvarende høy basisbevilgning og systematisk utbytteutdeling, og et resultatkrav på null kombinert med lavere basisbevilgning uten utbytte. Den siste løsningen kan likevel være mest hensiktsmessig. For det første kan utbyttebetalinger gi et falskt inntrykk av pengerikelighet, som egentlig bare stammer fra høyere tilskudd. Det kan lett oppfattes som en invitasjon til høyere aktivitet. Det kan også være vanskelig å legitimere at helseforetakene skal betale utbytte til staten. For det andre kan utbytte gi negative insitamenter. Hvis et foretak med et positivt resultatkrav får et nullresultat, vil det ut fra alminnelig selskapsrett ikke være lov til å ta ut utbytte. Det betyr at mindre effektive foretak vil bli favorisert i forhold til de som innfrir kravet. Utbyttesystemet kan også fungere dårlig for foretak som

får bedre resultat enn kravet. De vil måtte legge det overskytende til egenkapitalen. Med høyere egenkapital blir resultatkravet for neste periode høyere, og skjerpelsen vil mer enn oppveie reduserte rentekostnader. Med et nullkrav er det gunstig for å få et positivt resultat, fordi det gjør det enklere å nå kravet neste år.

Hos private og kommersielle tjenesteytere stilles det krav til avkastning på egenkapitalen. Det kan da framstå som om det er en vesentlig ulikhet i konkurransevilkårene mellom offentlige foretak og private aktører. I realiteten er denne ulikheten i stor grad utjevnet med modellen som er foreslått. Det skyldes at offentlige foretak har en alternativkostnad ved å binde kapital i realkapital. For de offentlige foretakene er alternativet til å investere i realkapital, å plassere pengene som en finansinvestering, for eksempel ved å betale ned gjeld eller ved å sette pengene i banken. Dette gjør at konkurranseforholdene blir vesentlig mer like etter reformen.

Det finnes likevel en ulikhet fordi staten garanterer for at de offentlige foretakene ikke kan gå konkurs. Da vil foretakenes lånerente ikke ha noe påslag for risiko, mens en privat, forretningsmessig investor ikke vil investere i et privat sykehus uten en risikopremie. En større langsiktighet i avtalene mellom regionale helseforetak og de private aktørene, vil imidlertid redusere de privates risiko (jf kap 13). Nettopp det at de offentlige foretakene nå må ta hensyn til avskrivninger og finanskostnader ved egne realinvesteringer, vil gi dem insitament til å inngå mer langsiktige avtaler med private tilbydere.

18.3.3 Nærmere om styringsforholdene

I St.prp. nr. 1 (2002–2003) pekes det på at styringsorganene i henhold til sitt helhetlige ansvar skal kunne vurdere hvordan de vil bruke bygg og utstyr innenfor sine samlede ressursrammer. Det er nødvendig for ansvarssystemet at denne beslutningskompetansen ligger i foretakene. Det vil alltid være det regionale helseforetaket som vil ha overordnet ansvar og styring innenfor regionen.

Det anses imidlertid ikke aktuelt å delegere all beslutningskompetanse til foretakene. Dels vil det være risiko for at de regionale foretakene investerer i et omfang og med kostnader som ikke lar seg dekke innenfor framtidige inntektsrammer. Et overordnet kontrollsystem må ivareta det politiske og konstitusjonelle ansvar for foretakenes framtidige økonomi. Utvalget vil peke på at kredittmarkedet fungerer som en kontrollinstans for lønnsomheten av investeringsprosjekter i private selskaper. Noen tilsvarende kontrollmekanisme eksisterer ikke for helseforetakene, jf. den implisitte statsgarantien som ligger i lovbestemmelsen om at helseforetakene ikke kan gå konkurs. Derfor er det behov for andre mekanismer som kan sikre en kontrollert utvikling i investeringsaktiviteten i sektoren. Dette er bakgrunnen for at det blant annet vedtas lånerammer. Statens garanti for gjeld er også bakgrunn for at helseforetakene kun kan låne fra staten.[3]

Store prosjekter ha så stor betydning for helsetjenestens innretning at de også av den grunn må underlegges overordnet kontroll og styring. For å kunne gjøre nødvendige korrigerende tiltak vil derfor Helsedepartementet etablere et styringssystem som gir løpende oversikt over samlede kostnadsimplikasjoner av besluttede og planlagte investeringer.

18.3.4 Fastsetting av samlet investeringsramme og fordeling av denne

Det går fram av St.prp. nr. 1 (2002–2003) at anleggsmidler i 2003 vil bli ført i balansen basert på en foreløpig kostpris. Inntektsstrømmen som knyttes til estimerte avskrivningskostnader i 2003 er på samme nivå som beløpet som er lagt inn til investeringer i 2002, det vil si om lag 3 mrd. kroner. Det legges videre til grunn at estimerte avskrivninger i helseforetakene i 2002 og 2003 er i samsvar med dette inntektsnivået. Avskrivningene for 2003 er foreløpig bare et estimat. Innen regnskapene for 2003 avlegges (det vil si senest innen 30.6. 2004) bestemmes endelig verdi av kapitalen i foretakene per 1. januar 2003. Det endelige regnskapsresultat i 2003 vil avhenge av utfallet av verdisettingen, noe som innebærer at foretakene kan vise regnskapsmessig overskudd eller underskudd i 2003. I St.prp. nr. 1 pekes det på at det generelt vil være slik at de regionale helseforetakene går med underskudd hvis de midlene som legges inn til investeringer er lavere enn avskrivningene, og vice versa. Videre slås det fast at den endelige verdsettingen skal legge til grunn at helseforetakene skal styres mot regnskapsmessig balanse. Kapitalen kan da ikke verdsettes høyere enn at det blir samsvar mellom de samlede avskrivningene og det som legges inn til investeringer. Verdsettingen skal således ta utgangspunkt i vedtatt bevilgning til dekning av avskrivninger i 2004. Den endelige

3. Driftskreditter som foretakene har hos private banker er et unntak fra denne bestemmelsen.

verdsettingen og fastsettelsen av systemet for å håndtere avskrivninger skal foretas i lys av bl.a.:

- En samlet vurdering av de økonomiske rammene for helseforetakene.
- Gjenanskaffelsesprinsippet og den foreliggende beregning av gjenanskaffelseskost for anleggsmidlene.
- Eventuell endring av regnskapsmessig avskrivningstid.
- Hensiktsmessig fordeling av kapitalen mellom de ulike helseforetakene.
- Mulighet for å frigjøre kapital gjennom omstrukturering/rasjonalisering av eiendomsmassen.
- Krav til effektivisering av driften.
- Modell for håndtering av store utbyggingsprosjekter.
- Eventuelle endringer i inntektssystemet for helseforetakene.

Foretakenes realkapital på etableringstidspunktet var basert på tidligere eieres investeringsbeslutninger. Helseforetakene har dermed «arvet» en eiendomsmasse og en utstyrspark. Som følge av ulike eiere og ulike beslutningsgrunnlag er kapitalen ulikt fordelt mellom de fem helseregionene. I St.prp. nr. 1 (2002–2003) pekes det på at det kan være nødvendig å foreta en utjevning mellom regionene for å sikre et likeverdig helsetilbud. Videre pekes det på at en slik utjevning er krevende og må tas over noe tid, og at inntektene til foretakene og bruk av kapital må ses i sammenheng. Det vil også være slik at ulik bruk av kapital nødvendigvis ikke sier noe om kvaliteten på tjenestetilbudet, men kan være en konsekvens av at det er valgt ulike behandlingsmåter som kan gi samme sluttresultat for pasienten.

Som følge av omleggingen av finansieringsordningen for investeringer skjer det i 2003 en omfordeling mellom de regionale helseforetakene. Fordelingen av midler til investeringer i 2002 er fordelt i forhold til kontantfinansiering av konkrete investeringsprosjekter. Dette ga en svært ulik fordeling mellom de regionale helseforetakene i 2002. Helsedepartementet har vurdert ulike måter å fordele inntekter knyttet til avskrivninger på. Det er lagt til grunn at disse inntektene skal inngå som ordinære inntekter i basistilskuddet til regionale helseforetak. Midlene til å dekke avskrivningskostnader i 2003 er fordelt i forhold til andelen regionalt helseforetak har av beregnede avskrivninger, slik de framkommer i den foreløpige verdsettingen av bygninger og utstyr. Dette gir en viss utjamning mellom regionale helseforetak i 2003 målt i kroner per innbygger.

Tabell 18.1 Avskrivning per innbygger, beregnet i forhold til landsgjennomsnitt.

	Avskrivninger per innbygger	Avskrivninger per DRG-poeng
Helse Øst	82	91
Helse Sør	122	96
Helse Vest	109	121
Helse Midt-Norge	100	100
Helse Nord	103	100
Gjennomsnitt	100	100

Oversikten nedenfor viser avskrivningsbeløp per innbygger, beregnet i forhold til landsgjennomsnittet. Helse Øst har de laveste avskrivningene, mens Helse Sør ligger høyest. Dette henger sammen med at Rikshospitalet og Radiumhospitalet hører inn under Helse Sør, men behandler et betydelig antall pasienter fra helseregion øst. Det kan derfor være mer relevant å se på avskrivninger per DRG-poeng. Dette gir noe mindre, men fortsatt betydelige forskjeller mellom regionene. Fordelingen er uavhengig av hvilken ramme som legges inn til foretakene. Forskjellen mellom de to kolonnene illustrerer for øvrig behovet for å ta hensyn til kapitalkostnadene når det fastsettes gjestepasientpriser.

Helsedepartementet framhever i St.prp. nr. 1 at når fordelingen av ressurser mellom regionene skal vurderes, må kapitalkostnader og øvrige driftskostnader ses i sammenheng, da virksomhetene kan ha valgt å prioritere innsatsfaktorene ulikt innenfor samme økonomiske ramme. Dette er en viktig grunn til at departementet avventer dette utvalgets innstilling før hele fordelingsspørsmålet gjennomgås.

18.3.5 Finansiering av store investeringsprosjekter

Løsninger for styring og finansiering av investeringer skal håndtere så vel store utbyggingsprosjekter som løpende vedlikehold av kapital foretakene er utstyrt med på etableringstidspunktet. Med store prosjekter forstås i denne sammenheng prosjekter som foretakene ikke kan håndtere innenfor sine økonomiske rammer.

Det nye styringssystemet vil være todelt. Det må for det første fastsettes overordnede økonomiske rammer for regionale helseforetak gjennom inntekts- og lånerammer. For det andre må det tas

stilling til prosjekter som krever særskilte inntektsoverføringer. For prosjekter som medfører investeringer ut over det rammene gir grunnlag for, vil det kunne være behov for ny egenkapital, eller at foretakene tilføres økte inntekter etter at prosjektet er gjennomført.

Da staten overtok sykehusene forelå det utbyggingsplaner i størrelsesorden 50 mrd. kroner. Dette inkluderer nybygg/tilbygg og større ombygginger, både ved somatiske sykehus og psykiatriske institusjoner. Det framholdes i St.prp. nr. 1 (2002–2003) at det ikke er realistisk med investeringer av et slikt omfang i nær framtid. Det trekkes fram at store investeringsprosjekter vil sette preg på innretningen av spesialisthelsetjenesten. Det må derfor etableres et plansystem som sikrer at slike investeringer tilpasses politisk fastsatte rammer for spesialisthelsetjenestens utvikling. Systemet må gi kontroll med at investeringsprosjekter gjennomføres innenfor finans- og helsepolitiske ressursrammer. Det samlede styringssystemet for investeringer vil således måtte være en kombinasjon av fullmakter til foretakene og overordnet styring som sikrer at investeringer i tråd med helsepolitiske prioriteringer, innenfor rammer som gir kontroll med kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Helsedepartementet har lagt opp til at det er helseforetaket (ved styret) som har ansvar for alle deler av en investeringsbeslutning innenfor rammer og premisser som følger av stortingsvedtak om egenkapitaltilskudd/økte løpende inntekter. Hvis for eksempel prosjekteringen viser at investeringen er mindre fordelaktig enn tidligere antatt, er det styret som må vurdere om den skal stoppes eller endres. Styret vil også måtte stå ansvarlig for kostnadsoverskridelser som kan tilskrives styrets disposisjoner og beslutninger. Helsedepartementet vil i sin eierstyring av foretakene forvisse seg om at foretakene har utviklet tilstrekkelige prosjektstyringsrutiner. Dette innebærer blant annet at anerkjente metoder for kvalitetssikring benyttes ved investeringsprosjekter.

Stortinget har vedtatt at det skal bygges ut ny universitetsklinikk i Trondheim. I boks 18.1 er det gjengitt hvordan de økonomiske rammebetingelsene knyttet til denne utbyggingen er håndtert i St.prp. nr. 1 (2002–2003).

Boks 18.1 Tilskudd til ny universitetsklinikk i Trondheim – finansieringsopplegg

I St.prp. nr. 53 (2001–2002) ble det varslet at videre finansiering av dette utbyggingsprosjektet måtte tilpasses nytt helhetlig system for finansiering av drift og investeringer ved sykehus, samt at en fordeling av kostnader ved utbyggingen mellom Helse Midt-Norge RHF og staten måtte vurderes i lys av det nye finansieringsopplegget. Foretaksetableringen og innføring av regnskapsprinsippet medfører endring i finansieringen og styring av investeringsprosjekter, og Helsedepartementet har lagt til grunn at nytt system skal innføres fra og med 2003. Det vil fra 2003 ikke bli utbetalt øremerket tilskudd til finansiering av sykehusdelen av prosjektet.

Helse Midt-Norge RHF vil i 2003-budsjettet på lik linje med de øvrige regionale helseforetakene få tilført inntekter for å møte avskrivningskostnader i de enkelte helseforetakene. Disse inntektene vil gi grunnlag for å finansiere gjenanskaffelser av bygninger og utstyr i helseforetakene, og en andel av denne inntektsstrømmen vil derfor inngå i finansieringen av byggeaktiviteten ved den nye universitetsklinikken. Finansieringen av prosjektet ut over dette vil skje ved at Helse Midt-Norge RHF gis tilgang til nødvendig lånefinansiering.

Departementet legger ikke opp til at det nå skal besluttes hvilke økonomiske rammebetingelser Helse Midt-Norge skal settes opp med når fase 1 tas i bruk. Dette krever en nærmere gjennomgang mellom Helse Midt-Norge RHF og departementet. Helsedepartementet vil komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til løsning.

18.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget ser det ikke som sin oppgave å gi en egen vurdering av hvor høyt investeringsnivået bør være. Dette må blant annet veies opp mot behovene i andre sektorer. Utvalget vil likevel drøfte sammenhengen mellom verdsettelsesprinsipp og bevilgningsnivå.

18.4.1 Verdsettelsesprinsipp for eksisterende kapital og konsekvenser for bevilgningsnivå og fordeling

Utvalget viser til at det er en entydig sammenheng mellom nivået på åpningsbalansen og hvor store midler som må legges inn til å dekke avskrivnin-

ger, gitt at det legges til grunn at regionale helseforetak skal gå i balanse. Den foreløpige verdsettingen, basert på gjenanskaffelseskost, gir høyere avskrivningene enn beløpet som er lagt inn til å dekke avskrivninger i 2003. Hvis beløpet som bevilges til å dekke avskrivninger ikke skal heves, kreves det derfor en avkorting av balanseverdiene. Nedenfor drøftes denne problemstillingen. Videre drøftes fordelingseffektene.

Vurdering av investeringsnivået og konsekvenser av å velge ulike nivå

Bevilgningene som må til for å dekke avskrivningene er en videreføring av investeringsnivået på 1990-tallet, målt som andel av inntektene. Dette er resultat av avveininger fylkeskommunene har gjort mellom drift og investeringer, der også staten har ytt særskilte bidrag til investeringene blant annet gjennom kapitalrefusjonsordningen. Det kan argumenteres for at det er et betydelig investeringsetterslep innenfor sektoren og at bevilgningene derfor bør økes. Hvorvidt staten som eier skal prioritere å bevilge midler til å øke investeringsnivået innenfor spesialisthelsetjenesten, vil måtte vurderes i lys av tilgjengelige budsjettmidler. Utvalget vil ikke gi noen nærmere vurderinger av hvor høyt bevilgningsnivået bør være. Utvalget vil generelt si at en systemomlegging (overgang til regnskapsprinsippet) i seg selv ikke bør medføre endringer i nivået. Systemet bør imidlertid utformes slik at det oppmuntrer til de riktige investeringene, og være fleksibelt nok til at politisk ønskede økninger av investeringsnivået er mulige. Hvis det på sikt er et ønske om å øke investeringene, kan det gjøres enten ved å øke de generelle rammene og stille vilkår om at økningen benyttes til investeringer i realkapital, eller ved å delfinansiere utbygginger i enkeltregioner.

Et av målene med sykehusreformen har vært riktig prising av kapital, slik at bruk av ulike innsatsfaktorer kan veies opp mot hverandre på best mulig måte. Et sentralt spørsmål er derfor hvilken betydning det har for tilpasningen i sektoren å ha lavere åpningsbalanseverdier enn det som følger av prinsippet om gjenanskaffelseskost. Lave åpningsbalanser medfører at det faktiske kapitalslitet undervurderes, og driftsregnskapene viser bedre resultat enn det som oppfattes som reelt. Nyinvesteringer vil imidlertid bli aktivert i balansen til reell verdi. Foretakene står derfor overfor riktige insitamenter når det gjelder nyinvesteringer. Dette er også det mest sentrale. En lav verdsetting av eksisterende kapital vil gi lavere avskrivningskostnader, og derfor undervurderes lønnsomheten av å avhende kapital.

Ved nyinvesteringer må kapitalen aktiveres og avskrives. Utviklingen i det samlede avskrivningsbeløpet i årene framover avhenger derfor av forholdet mellom økte avskrivninger som følge av nyinvesteringer og reduserte avskrivninger som følge av at kapitalobjekter blir ferdig nedskrevet og tas ut av avskrivningsgrunnlaget. Økning av de samlede avskrivningene innebærer, isolert sett, at driften for øvrig må effektiviseres. Ut fra alderen på eksisterende sykehus, er det sannsynlig at en relativt liten andel av bygningsmassen vil bli tatt ut av avskrivningsgrunnlaget de nærmeste årene. Utvalget har ikke tallmateriale som gjør at denne problemstillingen kan belyses fullt ut. Utvalget mener imidlertid at problemstillingen bør utredes før endelig bevilgningsnivå fastsettes. Driftsøkonomien setter grenser for hvor stor økning i avskrivningene foretakene kan håndtere, og derfor hvor store investeringer som kan gjennomføres. Hensynet til driftsøkonomien kan derfor tilsi at det ikke investeres i realkapital i samme tempo og omfang som det avskrives. Det vil kunne innebære en betydelig finanssparing i helseforetakene i en lengre periode.

Fordelingsvirkninger

Det må fastsettes kriterier for å fordele inntekter som bevilges til å dekke avskrivninger på kapital mellom regionale helseforetak. Utvalget ser tre hovedalternativer for fordelingskriterier:

- behov for spesialisthelsetjenester
- produksjon av spesialisthelsetjenester
- andel av de totale avskrivningene på eksisterende kapital

Det første alternativet innebærer at bevilgningene fordeles etter de kriteriene som er foreslått i kapittel 20 for aktivitetsuavhengige tilskudd. En må anta at behovet for kapital vil være proporsjonalt med behovet for spesialisthelsetjenester, selv om den faktiske fordelingen av kapital ikke er slik i dag. Kriteriene som er presentert i kapittel 20 er foreslått fordi de gir det beste tilgjengelige uttrykket for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Det er et alternativ at også midlene som legges inn til avskrivninger fordeles etter samme prinsipper. Utvalget mener dette alternativet krever at det tas hensyn til kapitalkostnadene ved fastsetting av gjestepasientprisene. Særlig Helse Sør produserer en større andel av spesialisthelsetjenestene enn det innbyggertallet tilsier fordi Helse Sør eier Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

Det andre alternativet innebærer at investeringsmidlene fordeles etter produksjonen av spesialisthelsetjenester, ved at hele eller deler av bevilgningen fordeles etter DRG-poeng. Det er mulig å fordele kapitalkostnadene på de enkelte DRG-poeng. Dette krever imidlertid et bedre datagrunnlag enn det som er tilgjengelig i dag. Som en midlertidig løsning kunne en tenke seg et mer sjablonmessig påslag på hver enkelt DRG på eksempelvis 5 prosent. Utvalget mener imidlertid ikke at det er hensiktsmessig med en inkorporering av kapitalkostnader i DRG-poengene til bruk i forholdet mellom staten og regionale helseforetak. Utvalget mener det i liten grad understøtter sørge for-ansvaret, det vil si at regionale helseforetak har hovedansvar for å yte helsetjenester til innbyggere i egen region. Når investeringsmidler ikke fordeles etter produksjon, tilsier dette, etter utvalgets oppfatning, at kapitalkostnadene må vurderes når gjestepasientprisene fastsettes. Uten en slik korreksjon, vil regioner som behandler relativt mange pasienter fra andre regioner komme dårlig ut.

Det tredje alternativet er at regionale helseforetak får fordelt inntekt knyttet til hvor stor andel av avskrivningene de har. Dette er samme prinsipp som er valgt for 2003. Utgangspunktet for beregning av avskrivningene er den foreløpige verdsettelsen som er foretatt ut fra gjenanskaffelseskost. Hvis dette velges som et varig prinsipp, vil det innebære at regionale helseforetak som i utgangspunktet har mest kapital også får den høyeste bevilgningen til investeringer. Dette gjør at ulike regionale helseforetak får de samme økonomiske mulighetene til å vedlikeholde realkapitalen, men er problematisk ut fra fordelingshensyn.

Utvalget vurderer det slik at et framtidig finansieringssystem primært må fordele midler i tråd med behov, og ikke ut fra faktisk fordeling av realkapital. Utvalget mener derfor det første alternativet er å foretrekke. Det er i St.prp. nr. 1 (2002–2003) lagt til grunn at den endelige verdsettingen av kapitalen skal ta utgangspunkt i vedtatt bevilgning til dekning av avskrivninger i 2004. Hvis inntektsfordelingen skal foretas etter andre kriterier enn verdien på kapitalen, innebærer det at kapitalen må verdsettes ulikt i de ulike regionene. Dette kan skje ved at man tilpasser verdien av kapitalen i balansen for å oppnå bedre fordeling mellom regionene. En slik løsning innebærer at avskrivningene for eksisterende kapital blir beregnet ulikt for de ulike regionale helseforetakene. Utvalget har vurdert om det er mulig å etablere en overgangsløsning, der midler omfordeles fra regioner som har mye realkapital til regioner som har lite realkapital. Gitt at balansekravet skal opprettholdes, og gitt at kapitalen skal verdsettes etter samme prinsipp i alle regioner, vil dette kreve ett av følgende alternativer:

- Regionene med mest realkapital pålegges gradvis et høyere effektiviseringskrav enn andre regioner, gjennom et uttrekk fra driftsrammen som trappes opp over en periode og overføres til regioner med mindre realkapital.
- Regionene med minst realkapital får tilført ekstra midler. Kostnadene ved overgangen blir da tilsvarende høyere.

Utvalget mener at begge alternativene vil være vanskelige å gjennomføre. Det er ikke uten videre gitt at effektiviseringspotensialet er høyest i de foretakene som har mest kapital. Når det gjelder det andre alternativet, vil utvalget peke på at overgangen til det nye systemet blir kostbar hvis investeringsnivået skal tilpasses avskrivningene i det regionale helseforetaket som har mest realkapital. Dette vil binde budsjettmidler til helsesektoren i årene framover, og ligger utenfor utvalgets oppgave å vurdere.

18.4.2 Nærmere om investeringer finansiert innenfor rammen til regionale helseforetak

Innenfor gitte rammebetingelser, står regionale helseforetak relativt fritt mht. å veie de ulike innsatsfaktorene mot hverandre. Dette er den største prinsipielle endringen i forhold til dagens system.

Utvalget mener at inntektene som overføres fra staten til regionale helseforetak bør fordeles i tråd med behovskriterier, og ikke etter DRG-poeng, jf. drøfting over. Om og hvordan midler til å dekke avskrivninger og finanskostnader skal fordeles videre til tjenestetilbyderne, vil være avhengig av hvordan RHFene organiserer seg. Utvalget vil derfor ikke foreslå at det legges føringer her, ut over at regionale helseforetak må ta hensyn til at også private tilbydere har kapitalkostnader. Det har betydning både for priser og varighet av avtaler.

Selv om utvalget ikke legger føringer på fordeling av midler hos regionale helseforetak til avskrivninger og finanskostnader, har utvalget vurdert om regionale helseforetak bør fordele midler til helseforetakene på basis av DRG-poeng. For å sikre god funksjonsdeling i den enkelte helseregion, bør det regionale helseforetak etter utvalgets oppfatning ha visse styringsmuligheter. En stykkpris der også kapitalbruk forutsettes finansiert, vil redusere muligheten regionale helseforetak har til å ta overordnede grep i forhold til endringer i sykehusstrukturen i sektoren. Det enkelte helseforetak

vil kunne argumentere med at den dekningen som gis gjennom DRG-prisene gir grunnlag for å foreta investeringer som det regionale helseforetakets ikke ønsker ut fra den overordnede planen for regionen. Dette hensynet tilsier etter utvalgets oppfatning at midler til å dekke kapitalkostnader holdes utenfor DRG-prisene mellom regionale helseforetak og helseforetak.

Gitt et krav om balanse, må et beløp som tilsvarer avskrivningskostnadene plasseres i form av realkapital eller finanskapital *(*forutsatt at andre resultatposter summerer seg til null*)*. Ved nyinvesteringer må helseforetakene derfor foreta en vurdering av utviklingen i avskrivningene framover og muligheten for å dekke kapitalutgiftene innenfor de rammer som gjelder. I den grad helseforetakene ønsker å vri bruken av innsatsfaktorer i retning av høyere realkapital, kan det skapes rom for en slik omlegging hvis investeringene medfører et mindre behov for øvrige innsatsfaktorer. I så fall gir rammene grunnlag for et høyere investeringsnivå enn det som legges inn i utgangspunktet. For de løpende investeringene helseforetakene foretar, vil den reelle kapitalkostnaden for foretakene være lik lånerente pluss kapitalslit (avskrivninger). Disse kostnadene vil da bli veid opp mot bruk av andre innsatsfaktorer.

Det er opp til regionale helseforetak å vurdere behov og mulighet for å lånefinansiere investeringer. Det er imidlertid ingen kontroll knyttet til lønnsomheten ved utbyggingsprosjektene på samme måte som private selskaper møter gjennom kredittmarkedet. Utvalget ser derfor at det er behov for å regulere låneopptaket, og støtter forslaget om å innføre lånerammer.

Utvalget ser liten hensikt i å øke overføringene til helseforetakene, for at disse skal kunne utbetale utbytte til staten. Hvorvidt det i det løpende systemet skal åpnes for å tilføre helseforetakene «gratis» egenkapital er et mer grunnleggende spørsmål, jf. neste avsnitt.

18.4.3 Nærmere om investeringer finansiert av staten

Generelt bør investeringer foretas hvis det gir økt kapasitet det er behov for, eller hvis et gitt volum kan produseres til lavere samlet kostnad. Disse prinsippene bør i utgangspunkt også gjelde for sykehus, men vil neppe kunne gjelde fullt ut. De siste årene har en sett enkelte store utbygginger/planer for utbygging, der disse vilkårene åpenbart ikke er oppfylt. Både Rikshospitalet og ny universitetsklinikk i Trondheim er utbygginger som i stor grad kommer til erstatning for eksisterende kapasitet, og som i mindre grad innebærer en mer effektiv produksjon. Utbyggingene representerer imidlertid en klar kvalitetsheving.

Utvalget mener det må være en åpning for å foreta enkelte større utbygginger som foretakene ikke har mulighet til å gjennomføre fullt ut innenfor gjeldende rammer. I slike tilfeller må det være mulighet for særskilte overføringer fra staten. Helseforetakene vil imidlertid ha sterke motiver til å få gjennomført prosjekter som helt eller delvis finansieres av staten. Utvalget vil understreke at vedtak om slike utbygginger må vurderes nøye, og kun bør benyttes i særskilte tilfeller. I en slik vurdering må regionen ses som en helhet, og en bør kun vurdere det for regioner som har forholdsvis lav realkapital per innbygger.

Et spørsmål som må avklares er hvordan de økte avskrivningskostnadene skal håndteres ved store utbygginger. Her er flere alternativer mulige. Staten kan bevilge tilskudd til å dekke de økte avskrivningskostnadene, det kan forutsettes at regionale helseforetak må dekke kostnadene selv, eller det kan finnes en mellomløsning der det blant annet tas hensyn til at nyinvesteringene gir muligheter for mer effektiv drift. Mulighetene for å dekke økte avskrivningskostnader vil naturligvis også avhenge av hvor stor andel av utbyggingskostnadene som dekkes av staten. I den grad regionale helseforetak ikke er i stand til å dekke de økte avskrivningskostnadene, vil et alternativ til å øke inntektsrammene være å skrive ned verdien på sykehus der staten dekker deler av utbyggingskostnadene og på denne måten redusere avskrivningskostnadene. Hvilken løsning som velges vil ha klare fordelingseffekter, og må blant annet vurderes i lys av hvilket nivå åpningsbalansene verdsettes til.

18.5 Utvalgets tilrådinger

Ett av de sentrale målene med sykehusreformen og den nye foretaksmodellen har vært å legge til rette for bedre forvaltning av verdier som ligger i bygg og utstyr. Helseforetaksloven § 43 1. ledd fastslår at regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak. Dette innebærer en omlegging i forhold til tidligere systemer i fylkeskommuner og stat, ved at foretakenes samlede kostnader ved bruk av realkapital skal framkomme i deres regnskaper.

Utvalget tar til etterretning følgende forslag som er presentert i St.prp. nr. 1 (2002–2003):

- Adgang for regionale helseforetak til å vurdere sammensetning av kapital/drift innenfor egne økonomiske rammer.
- Sentral styring av større prosjekter.
- Krav til driftsresultat i balanse.
- Ingen avkastningskrav på egenkapital.
- Adgang til å låne, men innenfor rammer som regulerer maksimalt låneopptak.

Utvalget har kommentarer knyttet til to av disse forslagene. Det ene gjelder forslaget om sentral styring av større prosjekter. Utvalget mener at helseforetakene vil ha sterke motiver for å få gjennomført prosjekter som helt eller delvis finansieres av staten. Utvalget vil derfor understreke at vedtak om slike utbygginger må vurderes nøye, og kun bør benyttes i særskilte tilfeller. I en slik vurdering må regionen ses som en helhet, og en bør kun vurdere det for regioner som har forholdsvis lav realkapital per innbygger.

Den andre kommentaren knytter seg til beslutningen om at det ikke skal stilles avkastningskrav til egenkapitalen. Hos private og kommersielle tjenesteytere stilles det krav til avkastning på egenkapitalen. Det kan da framstå som om det er en vesentlig ulikhet i konkurransevilkårene mellom offentlige foretak og private aktører. I realiteten er denne ulikheten i stor grad utjevnet med modellen som er foreslått. Det skyldes at offentlige foretak vil ha en alternativkostnad ved å binde kapital i realkapital. For de offentlige foretakene er alternativet å plassere pengene som en finansinvestering. Noe ulikhet vil fortsatt bestå ved at kravet til avkastning på egenkapitalen hos de private kan være noe høyere enn renten det offentlige foretaket står overfor. Det skyldes ulikheter i risiko. Denne ulikheten kan også reduseres ved en større langsiktighet i avtalene mellom regionale helseforetak. Mer langsiktige avtaler vil redusere de privates risiko.

De viktigste spørsmålene som foreløpig er uavklart er:
- Verdifastsetting av åpningsbalansen.
- Fordelingskriterier for midler til investeringer mellom regionale helseforetak.

Utvalget erkjenner at verdifastsettingen i åpningsbalansen, og dermed størrelsen på avskrivningene, gir direkte implikasjoner for hvor mye som må bevilges til avskrivninger. Utvalget ser dette som et spørsmål om bevilgningsnivå, noe som utvalget ikke tar stilling til. Når det, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet, er tatt stilling til hvilket beløp som skal legges inn til investeringer/avskrivninger i helseforetakene, må verdifastsettingen ta utgangspunkt i dette beløpet. Utvalget vurderer det slik at det særlig er insentivene i forhold til nyinvesteringer som er viktige i forhold til riktig kapitalbruk, og som må ivaretas ved utformingen av systemet.

Utvalgets flertall foreslår at midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til regionale helseforetak. *Utvalgets flertall* foreslår videre at investeringsmidlene i den behovsjusterte rammen fordeles etter kriteriene som er foreslått i kapittel 20 fordi det er det beste uttrykket for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester som er tilgjengelig i dag. Det innebærer at kapitalen fordeles uavhengig av hvor mye kapital som faktisk er i regionale helseforetak. Når kapitalen i utgangspunktet er ujevnt fordelt mellom regionene, krever dette at verdien på kapitalen i hver enkelt region tilpasses slik at det blir samsvar mellom bevilgningsnivå og avskrivningsbeløp. Etter utvalgets oppfatning, innebærer en slik fordeling at kapitalkostnadene bør tas med i beregningen når regionale helseforetak avtaler gjestepasientprisene seg i mellom. Tilsvarende gjelder for kjøp av tjenester fra private aktører. Forslaget til *utvalgets mindretall* er presentert i kapittel 21.

Kapittel 19
Hovedmodeller for statens finansiering av regionale helseforetak

Kapitlet drøfter modeller for overføring av ressurser fra staten til regionale helseforetak. Før modellene presenteres vil utvalget presisere to premisser det legger til grunn for diskusjonen av modellene. Den første er hvordan utvalget mener økonomisk risiko bør fordeles mellom de ulike partene i spesialisthelsetjenesten. Den andre er hvordan utvalget tolker Samarbeidsregjeringens ønske om å utvide rekkevidden av dagens pasientrettigheter.

19.1 Hva skaper økonomisk risiko?[1]

Usikkerhet er en sentral egenskap ved helse og helsetjenester og dermed også for virksomheten i sykehussektoren. Det er usikkert hvor mange som får behov for behandling, det nødvendige behandlingsomfanget for en pasient kan ikke forutsis presist, og det er usikkert om en behandling vil bli vellykket. Disse typene usikkerhet er forbundet med virksomhetens art og ikke med finansieringssystemet som sådan, og kalles grunnleggende eller eksogen usikkerhet.

I tillegg til den grunnleggende usikkerheten vil det kunne oppstå systembestemt eller endogen usikkerhet. Denne typen usikkerhet oppstår fordi selve måten å organisere eller finansiere sykehustjenester på vil påvirke ulike aktørers mulighet for å forutsi hendelser. Eksempelvis vil pasientenes rett til fritt sykehusvalg øke usikkerheten for de regionale helseforetakene om hvor behandlingen vil finne sted.

Kostnadene i sykehussektoren er også usikre fordi de påvirkes av hva ledelse og ansatte ved helseorganisasjoner gjør for å endre pasienttilgang, behandlingsomfang eller egen arbeidsinnsats og organisasjon, blant annet for å sikre en effektiv bruk av ressurser. Dette skaper usikkerhet, særlig for staten, som i siste instans er betaler av helsetjenestene.

1. Avsnitt 19.1 er inspirert av et foredrag Tor Iversen holdt for Budsjett- og økonomiavdelingen i Helsedepartementet i mai 2002.

Den grunnleggende og den systembestemte usikkerheten fører til at kostnadene og inntektene til aktørene i helsesektoren blir usikre fordi det er
- usikkerhet rundt hvor mange som får behov for behandling,
- usikkerhet om hva behandlingen vil koste, og
- usikkerhet om hvor behandlingen vil finne sted.

Til slutt er det viktig å påpeke at pasientene, i tillegg til risikoen for ikke å bli frisk, bærer risiko for å måtte vente unødvendig lenge for å få behandling. Denne risikoen er knyttet både til manglende behandlingskapasitet og til tjenesteyternes prioritering mellom pasientgrupper.

19.1.1 Hvem bør bære hvilken type risiko?

At staten disponerer mer ressurser enn regionale helseforetak, innebærer at staten vil være bedre i stand til å bære konsekvensene av økonomisk usikkerhet. Tilfeldigheter i pasienttilgangen vil også i noen grad jevne seg ut når pasienttilgang for landet ses under ett. Begge disse forholdene peker i retning av at staten bør bære den økonomiske risikoen som er knyttet til den grunnleggende usikkerheten i sykehussektoren. Sykehusdirektørene ved landets sykehus har imidlertid ikke oppfattet variasjoner i pasienttilgang som en særlig uforutsigbar størrelse (Hagen 1999), og aktivitetsdata for somatiske sykehus de siste årene viser et stabilt mønster. Dette taler for at denne risikoen sannsynligvis ikke er særlig stor.

Regionale helseforetak bør bære den risikoen som er knyttet til deres evne til å styre helseforetakene. Det er denne risikoen som gir regionale helseforetak insitament til å sørge for at helseprodusentene velger en kostnadseffektiv innretning av produksjonen. I tilfeller hvor kostnadene ikke kan veltes over på staten, må regionale helseforetak selv ta konsekvensen av kostnadsøkninger som følge av at helseforetakene ikke holder aktiviteter og kostnader innenfor avtalte rammer.

Hva så med den usikkerheten som skapes av måten sykehustjenester organiseres og finansieres på? Siden dette er en type usikkerhet som skapes internt i sektoren, er det viktig at alle parter har fokus på å gjøre den så liten som mulig. Problemet er imidlertid at det er vanskelig å finne ordninger og tiltak som sikrer forutsigbarhet for alle parter samtidig. Tvert imot vil det ofte være slik at økt forutsigbarhet for én part gir som bivirkning at den systembestemte usikkerheten økes for andre parter. Flere av justeringene som Sosial- og helsedepartementet gjorde i ISF-ordningen i 1999 illustrerer dette. Da dagkirurgi ble flyttet fra poliklinikkrefusjon til ISF, tok departementet forbehold om vilkår som måtte oppfylles for at behandling skulle utløse refusjon. ISF-refusjonene kunne endres dersom volum skulle vise seg å avvike vesentlig fra estimatet som departementet la til grunn. Det førte til at sykehusenes usikkerhet økte, fordi refusjonen kunne endres etter at kostnadene ved å produsere tjenestene var generert.

Den systembestemte usikkerheten er altså en type risiko som partene i sykehussektoren sammen bør ha ansvar for å redusere. For å skape insitament til dette, er det viktig at alle parter deler den økonomiske risikoen som den systembestemte usikkerheten skaper.

19.1.2 Finansieringsordninger og økonomisk risikodeling

I kapittel 6 ble det beskrevet at kostnadskompenserende betalingssystem, det vil si system som baserer seg på at betaler dekker de påløpte kostnadene en helseprodusent har regnskapsført, legger all økonomisk risiko på betaler. I motsetning vil fastprissystem, det vil si finansieringssystem hvor helseprodusentene får tilført et fast tilskudd i forkant av budsjettperioden, legges all økonomisk risiko på utfører. Utformingen av finansieringssystemet er altså et virkemiddel for å fordele risiko mellom den som betaler og den som utfører helsetjenester.

Hvis det er slik at all usikkerhet er av den grunnleggende typen, samt at betaler er i stand til å verifisere[2] helseprodusentenes handlinger, vil det samfunnsøkonomisk optimale finansieringssystemet være at staten refunderer regionale helseforetak etter regning for bokførte utgifter til sykehustjenester. Dette følger fordi staten er best rustet til å bære grunnleggende usikkerhet og fordi staten på en objektiv måte er i stand til å ta stilling til om utførte handlinger hos helseprodusentene er i samsvar med de handlinger de er bedt om å utføre. Hvis man derimot tror at effektivitet og behandlingsmåte kan påvirkes av ledelse og ansatte i regionale helseforetak og sykehusene, og at staten ikke direkte kan observere eller verifisere utførte handlinger, er problemet med full kostnadskompensasjon at systemet ikke gir insitament til effektiv ressursbruk. Det er dermed en fare for at refusjonsmodellen skaper en kostnadsdrivende kvalitetskonkurranse, særlig hvis sykehusene skal konkurrere om pasientene. Dette følger fordi betaler, det være seg staten eller regionale helseforetak, ikke direkte kan observere hvilke handlinger ledelse og ansatte i helseforetak gjennomfører, og dermed om sykehusene foretar korrekte nyttekostnadsavveininger. Dilemmaet er at finansieringsordninger som overfører all økonomisk risiko til staten ikke oppmuntrer til effektiv ressursbruk hos den som produserer tjenesten.

For å sikre insitament til effektiv ressursbruk bør tjenesteprodusentens egne beslutninger på driftssiden være avgjørende for det økonomiske resultatet. Det vil si at finansieringssystemet bør inkludere elementer av fastprissystemer. Ulempen med dette er at helseprodusenten også må bære økonomisk risiko som er knyttet til den grunnleggende usikkerheten forbundet med sykehusvirksomhetens art. Sett fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er dette en ulempe, både fordi staten isolert sett er bedre egnet til å bære risiko, men også fordi helseprodusenten kan svare med å redusere aktivitet for å sikre samsvar mellom planlagt og realisert kostnad. Hvis det skjer, overføres en del av kostnaden skapt av den grunnleggende usikkerheten til pasienter som, ut fra en kostnads-nytte vurdering, burde blitt tilbudt behandling.

Så langt kan det derfor konkluderes med at valg av finansieringsordning innebærer avveining av hensynet til optimal risikodeling mot ønsket om å oppmuntre til effektiv ressursbruk.

19.1.3 Stykkprisbetaling, rammefinansiering og ulike typer usikkerhet

Hvis det er et ønske om å oppmuntre helseprodusentene til effektiv ressursbruk, må finansieringssystemet inneholde elementer av forhåndsbestemte betalingsbetingelser, det vil si av faste priser. Som forklart i kapittel 6, kan fastprissystemer ha mer eller mindre direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. Et viktig spørsmål blir derfor hvordan ulike fastprismodeller genererer usikkerhet.

2. Verifiserbarhet innebærer at domsapparatet kan ta stilling til om handlingene helseprodusenten har utført er i samsvar med de handlinger den er bedt om å utføre.

Grunnleggende usikkerhet ved stykkprisordninger i forhold til rammefinansiering

Et viktig spørsmål er om det er grunn til å tro at det er mer usikkerhet knyttet til stykkprisordninger enn det er til rammebudsjettordninger. Den grunnleggende usikkerheten illustreres av at det ankommer en akuttpasient det ikke er budsjettert for, men som åpenbart må behandles. Med rammebudsjett og effektive budsjettskranker er sykehusets inntekter gitt uavhengig av denne ekstra pasienten, og tilfellet har dermed ikke noen konsekvenser for utgiftene til staten og de regionalt helseforetak. Sykehusets tilpasning kan da enten bestå i at de ansatte strekker seg lengre, eller at elektiv pasientbehandling reduseres. I rammebudsjett-systemet vil dermed sykehusets ansatte og elektive pasienter bære kostnadene av den grunnleggende usikkerheten, i alle fall på kort sikt.

Ved stykkprisordninger er deler av rammebudsjettet byttet ut med en pasientavhengig komponent (gitt at de regionalt helseforetak har videreført denne komponenten til sykehuset). Dersom det nå ankommer en pasient som ikke var regnet med, vil sykehusets inntekt øke. Det vil også statens utgift. Staten bærer dermed en større del av den grunnleggende usikkerheten enn ved rammebudsjett. Sykehuset og andre pasienter vil dermed bære en mindre andel.

Konklusjonen så langt blir at overgang fra rammebudsjett til stykkpris ikke vil påvirke den grunnleggende usikkerhet som følger av pasienttilgang og behandlingsomfang. Grunnen til dette er at selve usikkerheten om sykdomsutbrudd og behandlingsbehov i befolkningen er uavhengig av hvordan helsetjenestene finansieres. Men staten vil bære en del av denne risikoen, siden regionale helseforetak og sykehuset mottar en refusjon for hver pasient som behandles. Dersom refusjonsandelen tilsvarer 50 prosent av kostnaden, vil staten og det regionale helseforetak/sykehus dele risikoen likt.

Systembestemt usikkerhet under stykkpris- og rammefinansieringsordninger

Et annet viktig spørsmål er om den systembestemte usikkerheten er større i et stykkprissystem enn i et rammefinansieringssystem. Med rammefinansiering er inntektene kjent for regionale helseforetak og sykehus ved budsjettårets begynnelse. Ved stykkpris vil inntektene avhenge av antall og type av behandlinger. Ideelt sett skal det regionale helseforetak og sykehusets inntekter være kjent når antall og type av behandlinger er kjent. I praksis har ikke dette vist seg så enkelt. Dette er illustrert i notatet Uforutsigbarhet i ISF-ordningen (Iversen, 2000). I notatet påpekes det blant annet at kryptak og endring av DRG-vekter midt i budsjettår skaper systembestemt uforutsigbarhet hos fylkeskommuner (nå regionale helseforetak) og sykehus. Iversen argumenterer også for at en del av den systembestemte usikkerheten sykehusene har båret under ISF-ordningen delvis er et resultat av statens budsjetthensyn og delvis er resultat av at staten mener mange sykehus har en kreativ kodepraksis som gir sykehusene større inntekter enn hva de skal ha i følge reglene. Dette er eksempler på at den systembestemte usikkerheten i praksis har vært større under ISF-ordningen enn ved rammebudsjettordningen.

19.2 Utvidede pasientrettigheter

Som omtalt i kapittel 4, arbeider regjeringen for en styrking av pasientenes rettigheter. Utvidede pasientrettigheter, særlig rett til nødvendig helsehjelp, følger av ønsket om å gi befolkningen større visshet om behandling og tidsfrister. På den annen side er det ikke opplagt at det finnes klare medisinsk-faglige kriterier for å avgjøre om en person har rett til behandling innen en individuelt fastsatt tidsfrist, og som gjør at avgjørelsen kan etterprøves ved en eventuell rettslig tvist. Selv om det etableres nærmere retningslinjer for vurderingen av når den enkelte pasient skal ha rett til helsehjelp, vil spesialisthelsetjenestens beslutning om rettighetsfastsettelsen for en stor del basere seg på medisinsk skjønn. I tillegg vil forskjellige leger trolig ha ulike vurderinger av samme pasient og sykdomstilfelle. Økonomi og behandlingskapasitet ved den enkelte institusjon kan også innvirke på beslutningen. En påvirkning som bunner i økonomiske forhold vil sjelden være uttalt, og kan vanskelig bevises eller motbevises i en rettssak.

En styrking av pasientenes rettigheter vil også økt usikkerheten for regionale helseforetak. Denne usikkerheten vil hovedsakelig være knyttet til at det er andre nivåer og aktører, fortrinnsvis leger og legespesialister, som i praksis tildeler rett til helsehjelp og tidsfrist.

Fritt sykehusvalg svekker muligheten de regionale helseforetakene har til å styre pasientstrømmene, og dermed til å styre utgiftene[3]. Dette kan ha betydning for evnen regionale helseforetak har til å opprettholde tilstrekkelig kvalitet og tilgjengelighet på tilbudet til visse pasientgrupper. Det vil gjelde pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, og pasienter som av ulike grunner har problem

med å nyttiggjøre seg retten til fritt sykehusvalg. Sistnevnte gruppe omfatter for eksempel eldre med multiorgansvikt, kronisk syke og pasienter med behov for rehabilitering.

Det kan på dette grunnlag trolig konkluderes med at en styrking av disse pasientrettighetene øker den økonomiske risikoen i spesialisthelsetjenesten. Men hvilke konsekvenser dette faktisk får for ulike aktører, er avhengig av de prioriteringer og tilpasninger spesialisthelsetjenesten gjør for å oppfylle rettighetene.

Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvordan denne risikoen skal fordeles mellom aktørene. For å strukturere diskusjonen legger utvalget til grunn forslag til høringsnotat vedrørende endringer i pasientrettighetsloven, kf. kap. 4, som utvalget oppsummerer slik:

1. At fritt sykehusvalg utvides til å gjelde også private kommersielle sykehus innen regionale helseforetaks avtaleområder. Private avtalesykehus som slutter seg til fritt sykehusvalg ilegges forpliktelser ved at de må kunne tilby de helsetjenester som regionale helseforetak etterspør, og ved at de tar inn pasienter og prioriterer i henhold til de overordnede prioriteringer og målsettinger som er satt for den offentlige helsetjenesten.
2. Det forutsettes at pasienter uavhengig av geografisk tilhørighet har samme valgfrihet, også når det gjelder tilgang til private sykehus.
3. Det økonomiske vederlaget for tjenester fra private sykehus i Norge og fra sykehus utenfor Norge som slutter seg til fritt sykehusvalg, fastsettes i avtaler mellom disse tjenesteyterne og regionale helseforetak.
4. Det forutsettes at pasienten kan få direkte henvisning fra primærlege til alle private og offentlige sykehus som inngår i fritt sykehusvalg, uten at henvisningen skal behandles av det lokale helseforetak.
5. Dersom en pasient er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt tidsfrist, og tidsfristen brytes uten at behandlingstilbud er gitt, oppstår en subsidiær rett til behandling. Et sentralt statlig organ utenfor regionale helseforetak får da ansvar for å finne alternative behandlingssteder. Finansieringsansvaret plasseres entydig hos regionalt foretak.

3. Pasientdata fra 2001 viser at pasientstrømmene mellom regionene økte som resultat av innføringen av fritt sykehusvalg fra 1. januar 2001. Bruken av sykehus utenfor egen region økte for alle typer elektive opphold, men økte mest for planlagt døgnopphold for kirurgisk behandling (Samdata rapport 2/02, tabell 2.9).

Etter utvalgets mening, sikrer punkt 1 at det frie sykehusvalg skal inkludere alle godkjente sykehus, også private, er oppfylt. Punkt 2 sikrer befolkningen lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Dette medfører at regionale helseforetak forplikter hverandre i sin avtaleinngåelse med private sykehus – det vil si at det må inngås felles avtaler der alle regionale helseforetak er omfattet. Punkt 3 omhandler det økonomiske vederlaget når regionale helseforetak skaffer helsetjenester ved bruk av private tjenesteytere eller tjenesteytere i utlandet. Det understrekes at dette må gjøres gjennom avtaler. Disse avtalene må inngås for en fastsatt periode, og det vil også være aktuelt å avtale behandlingsvolum. Det vil imidlertid ikke si at det nødvendigvis også er behov for at volumavtalene med private sykehus er felles. På områder der det ikke er enighet blant regionale helseforetak om felles avtaler, kan det enkelte regionale helseforetak inngå avtaler som begrenser seg til kjøp av enkelttjenester. Punkt 4 sikrer at helseforetakenes mulige ønsker om selv å behandle alle pasientene ikke begrenser befolkningens mulighet til fritt å velge private tilbydere, mens punkt 5 sikrer at regjeringens punkt om lovfestede rettigheter til behandling innen individuelle frister fastsatt på medisinsk grunnlag oppfylles.

19.3 Modeller for overføring av ressurser til regionale helseforetak

I dette avsnittet diskuteres modeller for overføring av penger fra staten til regionale helseforetak. Modellene som presenteres er:

1. Kostnadsrefusjonsmodellen – staten refunderer regnskapsførte kostnader i regionale helseforetak.
2. Ren rammemodell.
3. Ren stykkprismodell.
4. Blandingsmodell (kombinasjon av ramme og stykkpris).
5. En modell hvor staten dekker beredskapskostnader til regionale helseforetak, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres 100 prosent.
6. Aktivitetskravmodell med toppfinansiering.
7. En videreutvikling av dagens modell hvor flere tjenester delvis stykkprisfinansieres, mens styringen i hovedsak skjer gjennom eiers fastsettelse av rammetilskuddet.

Modellene vurderes så opp mot de kriterier utvalget legger til grunn i kapittel 7, det vil si:

- Behandlingskriteriene
- Valgfrihetskriteriet
- Forsknings- og undervisningskriteriet
- Effektivitetskriteriene
- Legitimitetskriteriene

I tillegg drøftes hvordan modellene understøtter styrings- og ansvarsprinsippene i spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at regionale helseforetak har en sammensatt målfunksjon ved at de både har et sørge for-ansvar og et konsernansvar. Hvordan balansen mellom disse funksjonene blir påvirket av finansieringen, diskuteres også. Til slutt drøftes hvordan ulike typer finansieringsordninger mellom stat og regionale helseforetak fordeler risiko mellom partene i helsesektoren.

Før de ulike modellene presenteres, gis en oversikt over de viktigste finansieringsordningene rettet mot spesialisthelsetjenesten i 2003.

Kriterier for fordeling av aktivitetsuavhengige inntekter mellom helseregionene behandles i kapittel 20.

19.3.1 Dagens finansieringsordninger rettet mot spesialisthelsetjenesten

Dagens finansieringsmodell er en blandingsmodell med rammebevilgning (basisbevilgningen), stykkpris og egne bevilgninger til særskilte formål.

De viktigste finansieringsordningene rettet mot spesialisthelsetjenesten i 2003 er oppsummert i tabell 19.1.

Tabell 19.1 Viktige finansieringsordninger i 2003, beløp i mill. kroner.

Basisbevilgning (inkl. kapital)	29 684
ISF (inkl. private sykehus)	16 852
Poliklinikkfinansiering	3 829
Øremerkede tilskudd – psykiatri	1 165
Regionsykehustilskudd	2 118
Private avtalespesialister[1)]	1 310
Private laboratorier og røntgeninstitutter	560
Syketransport[2)]	2 069
Sykebehandling i utlandet	60
Totalt (avrundet beløp)	57 647

1) Kapittel 2711, post 70 (lege) og 71 (psykolog) eksklusivt 58 mill. til spesialister uten avtale

2) Kapittel 2750, post 71, 77, 78. Inkluderer transport innen både primær- og spesialisthelsetjenesten

Kilde: St.prp. nr. 1 (2002–2003).

19.3.2 Modell 1 – kostnadsrefusjon

I en kostnadsrefusjonsmodell dekker staten regnskapsførte kostnader for å tilby helsetjenester i en gitt periode.

Kostnadsrefusjonsmodellen innebærer at det offentlige tilskuddet bestemmes av bruk av innsatsfaktorer (arbeidskraft, kapital og annet). Tilskuddet dekker kostnadene ved aktiviteten. Refusjonsordningen kan være «åpen». Det vil si at det ikke er satt noen øvre grense på kostnadsnivået. (Det er i så fall snakk om en refusjonsbasert stykkprisfinansiering). Refusjonsordningen kan også være «lukket» ved at det er satt en øvre grense for kostnadsnivået. Dette har vært den vanlige finansieringsformen i offentlig virksomhet.

19.3.3 Modell 2 – ren rammemodell

Hovedelementet i denne finansieringsmodellen er en statlig basisbevilgning. Det vil si at regionale helseforetak får overført et fast beløp per år fra staten. Dette beløpet kan avhenge av demografiske variabler som alderssammensetning og andre faktorer som påvirker helsetjenesteforbruk.

På grunn av dette vil noen av dagens finansieringsordninger måtte endres. Dagens stykkprisordninger og andre tilskudd vil overføres til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Det samme gjelder bevilgninger som i dag administreres av trygdeetaten. Den totale basisbevilgningen vil da utgjøre hele beløpet på 57,65 mrd. kroner, kf. tabell 19.1.

19.3.4 Modell 3 – ren stykkprismodell

Med dette menes at ingen aktiviteter er delvis stykkprisfinansiert. Det betyr med andre ord at de aktiviteter som er stykkprisfinansiert, er det helt ut, og at øvrige aktiviteter ikke er stykkprisfinansiert i det hele tatt.

I modellen mottar regionale helseforetak 100 prosent stykkprisfinansiering av somatiske tjenester, polikliniske konsultasjoner, kapital og forskning og undervisning. I tillegg mottar regionale helseforetak en basisbevilgning til bl.a. psykiatri. Dersom det utvikles pasientklassifiseringssystemer for psykiatri, vil også flere psykiatriske helsetjenester kunne finansieres med stykkpris, jf. diskusjonen i kapittel 10. Etter utvalgets vurdering er det imidlertid ikke realistisk å stykkprisfinansiere all psykiatri alt fra 2004. I modellen som presenteres finansieres derfor psykiatriske helsetjenester (eksklusiv poliklinikktilskudd) gjennom basisbevilgningen.

Per i dag dekker stykkprisrefusjoner for gjennomførte aktiviteter mellom 50 og 60 prosent av driftskostnadene. Denne modellen vil derfor redusere basisbevilgningen til regionale helseforetak og øke stykkprissatsen for gjennomførte aktiviteter. I det videre illustreres hvordan dagens viktigste finansieringsordninger endres i stykkprismodellen.

ISF-refusjonen økes til 100 prosent av enhetsprisen

ISF-refusjonen er basert på DRG-systemet. I 2003 er anslaget for korrigerte DRG-poeng om lag 938 500 og enhetsprisen er om lag 30 000 kroner. Kapitalutgifter er ikke inkludert i denne prisen. I kapittel 18 har utvalget påpekt at det er teoretisk mulig å fordele kapitalkostnadene på de enkelte korrigerte DRG-poeng. Utvalget antar at dette vil være krevende, og vil måtte utredes nærmere. Som en midlertidig løsning kunne man tenke seg å fordele dagens investeringsmidler som påslag på hvert enkelt korrigert DRG-poeng. Dette vil imidlertid bare gjelde investeringer i somatisk sektor. Utvalget har ikke tall for hvordan dagens kapitalbeholdning er fordelt på psykiatrisk og somatisk sektor. Utvalget forutsetter her at kapitalkostnadene fordeler seg proporsjonalt med driftsutgiftene for øvrig. Utvalget legger derfor til grunn at 80 prosent at kapitalkostnadene er knyttet til somatisk sektor.

For 2003 er det totalt satt av om lag 3 mrd. kroner til investeringer. Dersom det legges til grunn at 80 prosent av disse er knyttet til somatisk sektor, samt at disse midlene fordeles som påslag på hvert enkelt korrigerte DRG-poeng, vil enhetsprisen heves med om lag 2500 kroner. Med en enhetspris på om lag 32 500 kroner, vil ISF-refusjonene utgjøre om lag 30,5 mrd. kroner.

Poliklinikkrefusjonen økes til 100 prosent av driftskostnadene

Poliklinikkfinansiering skal i gjennomsnitt dekke rundt 50 prosent av driftskostnadene til de enkelte prosedyrer/undersøkelser. Siden de polikliniske refusjoner fra staten forventes å utgjøre 3,829 mrd. kroner i 2003, økes poliklinikkfinansieringen til 7,658 mrd. kroner[4]. Poliklinikkrefusjonene utbetales til regionale helseforetak.

Forskning og undervisning stykkprisfinansieres

Innenfor regionsykehustilskuddet er det egne tilskudd til forskning og undervisning. For 2003 utgjør disse tilskuddene om lag 426 mill. kroner. De faktiske utgiftene til forskning og undervisning er imidlertid betydelig høyere enn dette. I kapittel 16 anslår utvalget grovt at faktiske kostnader til lønn og sosiale utgifter til forskning og undervisning utgjør om lag 900 mill. kroner i 2003.

4. Det ses her bort fra pasientenes egenbetaling.

Tabell 19.2 Viktige finansieringsordninger med ren stykkprismodell, beløp i mill. kroner.

ISF (inkl. private sykehus og kapital)	30 500
Poliklinikkfinansiering	7 658
Forskning og undervisning	900
Basisbevilgning	18 589
Totalt (avrundet beløp)	57 647

Basisbevilgningen til regionale helseforetak

Basisbevilgningen til regionale helseforetak reduseres like mye som stykkprisfinansieringen økes. I tillegg legges dagens tilskudd til psykiatri, regionsykehusdrift (eksklusiv forskning og undervisning) og bevilgninger fra folketrygden inn i basisbevilgningen. Dette betyr at basisbevilgningen reduseres fra 29,68 mrd. til om lag18,5 mrd. kroner.

Tabellen 19.2 viser de vesentligste bevilgningene i stykkprismodellen.

19.3.5 Modell 4 – kombinasjon av ramme og stykkpris

I tillegg til de rene modellene som ble presentert i avsnittene ovenfor, kan det også tenkes ulike varianter av dagens blandingsmodell. For eksempel kan 80 prosent av bevilgningene til somatiske tjenester, polikliniske konsultasjoner, kapital og forskning og undervisning stykkprisfinansieres, mens det resterende ligger i basisbevilgningen.

Tabell 19.3 viser de vesentligste bevilgningene ved en 80 prosent stykkprisfinansiering av soma-

Tabell 19.3 Viktige finansieringsordninger med en 80 prosents stykkprismodell, beløp i mill. kroner.

ISF (inkl. private sykehus og kapital)	24 400
Poliklinikkfinansiering	6 126
Forskning og undervisning	720
Basisbevilgning	26 401
Totalt (avrundet beløp)	57 647

tiske tjenester, polikliniske konsultasjoner, kapital og forskning og undervisning

19.3.6 Modell 5 – beredskapskostnader rammefinansieres, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres 100 prosent

I denne modellen legges estimerte kostnader til å opprettholde tilfredsstillende beredskap i basisbevilgningen, samtidig som regionale helseforetak mottar 100 prosent stykkpris i henhold til faktisk behandlingsaktivitet. Regionale helseforetak mottar i denne modellen en basisbevilgning som skal dekke kostnadene ved å ha et apparat stående klart til å motta pasienter, mens variable kostnader knyttet til behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres.

Det finnes per i dag ikke datagrunnlag for å fastslå hvordan dagens bevilgning fordeler seg på beredskapskostnader og på behandlingsaktivitet. Modellen er derfor neppe operasjonaliserbar fra 2004.

19.3.7 Modell 6 – aktivitetskrav med toppfinansiering

Aktivitetskravmodellen har følgende hovedelementer:

1. Stortinget fastsetter en økonomisk ramme for spesialisthelsetjenesten.
2. Helsedepartementet fordeler den økonomiske rammen på regionale helseforetak basert på kriterier som beskriver behov for helsetjenester i den enkelte region (jf. kap. 20).
3. Det etableres et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU). Utvalget har medlemmer fra regionale helseforetak og Helsedepartementet, samt uavhengige representanter. Beregningsutvalget har som målsetting å dokumentere aktivitets- og kostnadsutvikling på regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten.
4. Helsedepartementet og regionale helseforetak har så, med bakgrunn i overordnede helsepolitiske prioriteringer, en dialog om hvilket aktivitetsnivå som kan fullfinansieres innenfor den tildelte rammen. Gjennom denne dialogen etablerer stat og regionale helseforetak en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder. Hvis aktørene ikke når fram til enighet, setter staten aktivitetskravene.
5. Aktivitet opp til aktivitetskravet fullfinansieres gjennom en 100 prosent stykkpris.
6. Aktivitet inntil 2 prosent utover aktivitetskravet delfinansieres med 50–60 prosent av gjennomsnittskostnadene under forutsetning av at alle delmål er nådd. I det motsatte tilfelle, der realisert aktivitet er under avtalt nivå, trekkes den underskytende aktiviteten med en tilsvarende sats, det vil si 50–60 prosent.
7. Aktivitet utover 2 prosent finansieres i sin helhet av regionalt helseforetak.

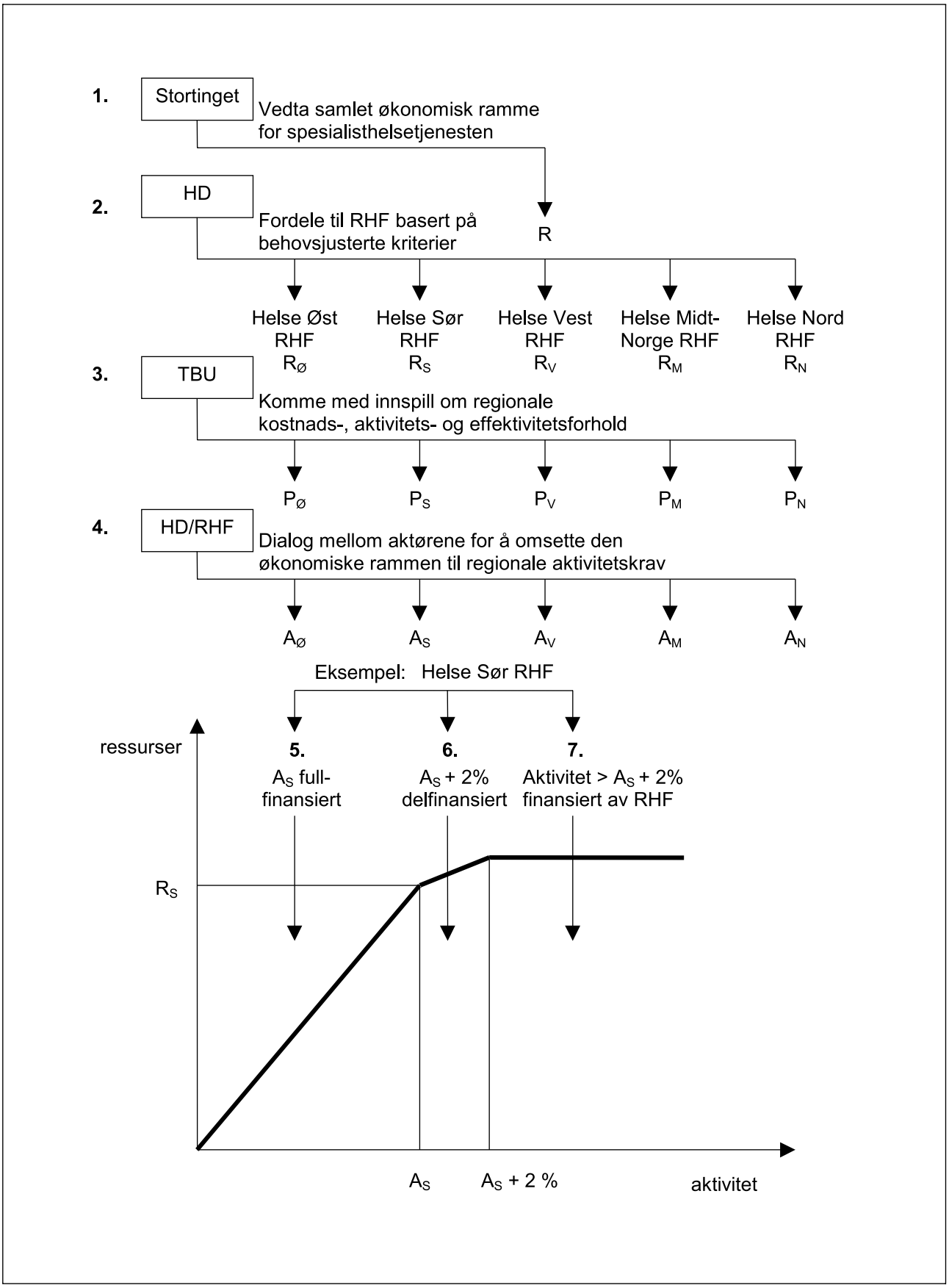
Merk at aktivitetskravmodellen skiller seg fra stykkprismodellene (modell 3–5 og 7) ved at aktivitet over et gitt nivå ikke finansieres av staten. Dessuten skiller den seg fra rammefinansieringsmodellen (modell 2) ved at aktivitet utover avtalt nivå delfinansieres av staten. En slik ordning bidrar til å at staten bærer en del av risikoen ved variasjoner i pasientbehandlingen. En risikodeling mellom stat og regionale helseforetak vil trolig også øke sannsynligheten for bruk av aktivitetsbaserte avtaler mellom regionale helseforetak og deres underliggende helseforetak, når det er ønskelig ut fra hensyn til aktivitet og kostnadseffektivitet. På denne måten oppfyller modellen mandatets målsetning om at penger skal følge pasienten.

Siden aktivitetskravmodellen innebærer statlig fullfinansiering opp til et visst nivå og deretter statlig delfinansiering, stiller modellen krav til at staten er klar og tydelig i sine ambisjoner om aktivitet. Som enhver finansieringsordning som har elementer av stykkprisbetaling, stiller modellen store krav til aktivitetsregistreringer i sykehusene.

Aktivitetskravmodellen er illustrert i figur 19.1. Figuren beskriver de tilfeller hvor regionalt helseforetak har oppfylt eller overoppfylt aktivitetskravene.

Nærmere om beslutningsprosessen fram til vedtatt budsjett

Starten på prosessen fram til endelig vedtatt budsjett for spesialisthelsetjenesten, begynner med en sentral, overordnet beslutning, der Stortinget tar stilling til samlet økonomisk ramme for kommende budsjettår. Fordelen med det er at det legges økonomiske rammer før utmåling av aktivitetsvolum og innhold skjer i detalj. Av hensyn til planleggingsbehov i spesialisthelsetjenesten bør en samlet økonomisk ramme fastsettes i Stortingets vårsesjon. En slik avklaring er imidlertid ingen forutsetning for aktivitetskravmodellen. Dersom det viser seg vanskelig å få fastlagt rammene i løpet av vårsesjonen, bør det uansett føres en dialog mellom regionale helseforetak og statlige myndigheter. Konsekvensene av ulike forutsetninger om vekst, kostnadsutvikling, aktivitetskrav mv. bør vurderes. Dialogen kan også baseres på St. prp.



Figur 19.1 Beslutningsgang og finansieringsordninger i aktivitetskravmodellen.

nr. 1, men dette gir et tidsproblem for regionale helseforetak i forhold til budsjettprosessene i underliggende helseforetak.

Nærmere om fordelingen av totalrammen på regioner

En behovsbasert regional ressursfordeling basert på et sett kriterier er drøftet særskilt i kapittel 20.

Nærmere om teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (Helse-TBU)

I dialogen mellom staten og regionale helseforetak må det avklares hvilke effektivitets- og aktivitetskrav som skal gjelde for den enkelte helseregion. For å skape legitimitet kan staten og regionale helseforetak støtte seg til beregninger fra et nyopprettet beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten, Helse-TBU. Dette utvalget bør få i oppgave å legge fram oppdaterte aktivitets- og kostnadsdata for regionene, samt å gi et grunnlag for utarbeidelsen av regionspesifikke aktivitets- og kostnadskrav.

Nærmere om aktivitetskravene

Aktivitetskravmodellen krever en aktivitetsregistrering som gjør det mulig å kostnadsberegne så mange aktiviteter som mulig. Det kan dermed stilles aktivitetskrav til flere områder enn somatikk. Alle områder innenfor pasientbehandling samt forskning og undervisning inkluderes i eksplisitte aktivitetskrav som stilles. Utarbeidelse av systemer og indikatorer for å utvikle et godt grunnlag for å stille krav til aktivitet og resultater, inngår derfor som en viktig forutsetning for modellen. Kravene til aktivitet i somatisk sektor kan defineres i form av DRG-poeng og egne krav til poliklinisk aktivitet. I psykiatrisk sektor bør det antakelig skilles mellom voksenpsykiatriske tjenester og barne- og ungdomspsykiatri, samt døgn- og dagbehandling. Døgnbehandling kan eksempelvis måles ved antall utskrivninger justert for reinnleggelser. Poliklinisk aktivitet kan måles ved antall polikliniske konsultasjoner vektet med konsultasjonspris. For forsknings- og utdanningsrelaterte aktiviteter kan eksempelvis antall uteksaminerte studenter og turnusplasser være indikatorer innen undervisning, mens publiserte forskningsartikler vektet med impakt-faktor og doktorgrader kan inngå i indikatorer som måler forskningsaktiviteten, kf. kapittel 16. Det kan også legges inn plantall som sikrer de private aktørenes plass i helsetjenesten.

Det anses ikke realistisk å kunne etablere presise aktivitetskrav til alle aktiviteter i spesialisthelsetjenesten fra 2004. I hvilket tempo det lar seg gjøre å fase inn aktivitetskrav, avhenger blant annet av ambisjonsnivå og krav til treffsikkerhet, samt hvilke ressurser som legges i utvikling av indikatorer og aktivitetsmål. Aktivitetskravmodellen tar sikte på at det fra 2004, som et minimum, etableres presise aktivitetskrav knyttet til

- DRG-klassifiserbar pasientbehandling,
- poliklinisk behandling,
- forskning og utdanning, og
- plantall for bruk av private aktører.

Over tid vil krav til andre aktiviteter kunne defineres på samme måte. Følgende innfasing anses som mulig:

- En ny finansieringsordning for rehabilitering og habilitering inkluderes senest fra 2006.
- Sengeposter innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten inkluderes senest fra 2006.

Det siste punktet knytter det seg betydelig usikkerhet til.

For å justere for regionale forhold som regionale helseforetak ikke kan påvirke, kan det legges regionspesifikke faktorer til grunn for aktivitetskravene. Eksempelvis kan det justeres for at beleggsprosenten i helseregion nord vil være lavere enn landsgjennomsnittet på grunn av lavere befolkningstetthet, selv om det er behov for å opprettholde en lokal beredskap. På grunn av faren for mothakeeffekter (jf. kap. 6) bør det imidlertid ikke kompenseres fullt ut for regionspesifikke ulikheter. I stedet bør hver region sammenliknes med liknende regioner i Norge og i utlandet.

Resultatene av dialogen innarbeides i statens styringsbrev til regionale helseforetak. Slik klargjøres aktørenes forventinger til aktivitet og budsjett slik at systembestemt usikkerhet reduseres. Regionale helseforetak mottar så en bevilgning fra staten som skal brukes til å realisere aktivitets- og effektivitetskrav aktørene er blitt enige om.

Dersom regionalt helseforetak oppfyller aktivitets- og effektivitetskravene akkurat, skal bevilgningen fra staten være tilstrekkelig til å dekke kostnader og resultatkrav. Oppfylles aktivitetskravene, men det er avvik i effektivitetskravene, må regionalt helseforetak dekke inn underskudd eller få beholde overskudd i påfølgende år. Hvis de realiserte aktiviteter for et regionalt helseforetak avviker fra avtalt aktivitet, kobles en avtale om toppfinansiering inn.

Nærmere om toppfinansieringen

Toppfinansieringen innebærer at dersom det regionale helseforetaket produserer mer enn avtalt, refunderes den overskytende aktiviteten med 50–60 prosent av gjennomsnittskostnadene. Meraktivitet på inntil 2 prosent av totalaktiviteten finansieres på denne måten, under forutsetning av at alle delmål innen rammen er nådd. Meraktivitet innen psykiatri kan dermed også utløse merfinansiering på samme måte som DRG-basert aktivitet. Dersom realisert aktivitet er under avtalt nivå, trekkes den underskytende aktiviteten med en tilsvarende sats, det vil si 50–60 prosent.

19.3.8 Modell 7 – videreutvikling av dagens modell

Dagens finansieringsmodell er en kombinasjonsmodell hvor regionale helseforetak mottar en basisbevilgning (rammetilskudd) og delvis stykkprisfinansiering gjennom ISF og poliklinikktilskudd. I tillegg er noen tjenester finansiert med egne bevilgninger.

I videreutviklingen av dagens modell tas det utgangspunkt i at framtidas finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønske om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som finansieringssystemet må understøtte styringsbehovet på denne viktige samfunnssektor. Et viktig element i denne modellen blir derfor å opprettholde dagens delvise stykkprisfinansiering slik at «penger følger pasient», samtidig som behovet for styring ivaretas gjennom rammetilskuddet. Stykkprisdelen gir også et utvetydig signal til helseprodusentene om at innsats (for de aktivitetene som stykkprises) lønner seg. På den annen side, og siden det er denne modellens intensjon å styre gjennom rammebevilgningen, bør ikke stykkprissatsen settes så høyt at stykkprisen kan egenfinansiere aktivitetsvekst. Det tas derfor utgangspunkt i en stykkprissats på om lag 50 prosent.

I alle modeller hvor tjenester stykkprisfinansieres, stilles det store krav til god aktivitetsregistrering. I tillegg risikeres negative vridningseffekter for tjenester som ikke ligger inn under stykkprisordningene. Det er derfor naturlig at en videreutvikling av dagens modell også tar sikte på å etablere tilstrekkelig god aktivitetsregistrering, slik at flere tjenester delvis kan stykkprisfinansieres.

På samme måte som i aktivitetskravmodellen, anses det ikke realistisk å kunne etablere presise aktivitetskrav til alle aktiviteter i spesialisthelsetjenesten fra 2004. I hvilket tempo det lar seg gjøre å få til en innfasing av aktivitetskrav, avhenger blant annet av ambisjonsnivå og krav til treffsikkerhet, samt hvilke ressurser som legges i utvikling av indikatorer og aktivitetsmål. En videreutvikling av dagens modell tar sikte på at det fra 2004, som et minimum, etableres presise aktivitetskrav knyttet til

- DRG-klassifiserbar pasientbehandling,
- poliklinisk behandling,
- forskning og utdanning, og
- plantall for bruk av private aktører.

Over tid vil krav til andre aktiviteter kunne defineres på samme måte. Følgende innfasing anses som mulig:

- En ny finansieringsordning for rehabilitering og habilitering inkluderes senest fra 2006.
- Sengeposter innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten inkluderes senest fra 2006.

Det siste punktet knytter det seg betydelig usikkerhet til.

19.4 Finansieringsmodellenes egenskaper med hensyn til mål og målkonflikter

I dette avsnittet drøftes de ulike finansieringsmodellene som ble presentert i avsnitt 19.3 opp mot utvalgets evalueringskriterier. I tillegg diskuteres det hvordan de understøtter den valgte styringsmodellen, samt hvordan de fordeler risiko mellom ulike aktører i sektoren.

Statens finansiering av regionale helseforetak vil, i større eller mindre grad, legge føringer på hvilke kontrakter og avtaler som det er optimalt for regionale helseforetak å inngå med sine helseforetak og med andre tjenesteprodusenter. Dersom de kun mottar rammefinansiering fra staten, er det sannsynlig at regionale helseforetak vil fokusere på kontrakter og avtaler som sikrer stor grad av samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader. Dette vil måtte være

- volumkontrakter (for å sikre samsvar mellom planlagt og realisert produksjon),
- poengkontrakter hvor stykkprisen på tjenestene bestemmes etter at nivået på produksjonen er kjent (for å sikre samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader), eller
- kombinasjoner av disse kontraktstypene.

19.4.1 Konsekvenser av modell 1 – kostnadsrefusjon

I denne modellen dekker staten regnskapsførte kostnader for å tilby helsetjenester i en gitt periode. Fordi modellen ikke påfører regionale helseforetak kostnadsrisiko, er det mulig for dem å inngå kostnadskompenserende kontrakter med helseprodusentene.

En slik finansieringsordning innebærer at staten bærer all kostnadsrisiko. Det medfører at regionale helseforetak har få insitamenter til å drive kostnadseffektivt, og til å sikre at planlagt og realisert aktivitet ikke avviker for mye. Tvert imot kan refusjonsmodellen skape en kostnadsdrivende kvalitetskonkurranse, særlig hvis sykehusene skal konkurrere om pasientene. Dette vil igjen bety at det er fare for lav prioriteringseffektivitet ved at helsesektoren forbruker knappe ressurser som kunne vært brukt i andre sektorer. På den annen side vil man kunne vente at et slikt system vil gi god tilgang på helsetjenester av høy kvalitet. I tillegg vil et slikt system ventelig gi en liberal praktisering av pasientrettigheter. Siden regnskapsførte utgifter til forskning og undervisning refunderes, vil denne modellen også skåre høyt på forsknings- og utdanningskriteriet. Til slutt kan det nevnes at kostnadsrefusjonsmodellen er lett forståelig og plasserer ansvar på en klar og tydelig måte. Refusjonsmodellen skårer derfor høyt på legitimitetskriteriet.

19.4.2 Konsekvenser av modell 2 – ren rammemodell

En per capita basert rammefinansiering av regionale helseforetak gir dem stor frihet til selv å bestemme hvordan ressurser skal brukes for å løse oppgavene de er pålagt. Modellen bygger derfor godt opp under sørge for-ansvaret til regionale helseforetak.

Modellen har også gode egenskaper fordi den legger til rette for geografisk likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester etter faste kriterier. Modellen er enkel å administrere og har lave transaksjonskostnader. Modellen skårer derfor høyt på legitimitetskriteriet.

Rammefinansieringsmodellen er prioriteringsnøytral fordi marginalinntekten for alle helsetjenester som det regionale helseforetaket har ansvar for, er den samme. Modellen legger derfor i liten grad føringer på inntektsoverføring fra regionale helseforetak til tjenesteprodusentene. Modellen gir regionale helseforetak samme marginalinntekt, lik null, ved økt aktivitet innen somatikk, psykiatri og forskning og utdanning. Regionale helseforetak har derfor ingen insitament til å favorisere somatisk pasientbehandling ut fra ønsket om å generere ekstra inntekter fra staten. På denne måten inngir modellen tillit til at regionale helseforetak, på en best mulig måte, innretter helsetilbudet etter lokale forhold og behov.

I modellen bærer regionale helseforetak full økonomisk risiko for kostnadsoverskridelser i produksjonen. Det innebærer at regionale helseforetak må finne modeller for finansiering av utførerne som sikrer at disse holder aktivitet og kostnader innenfor avtalte rammer. I praksis betyr dette at regionale helseforetak må styre gjennom volum- og poengkontrakter for å sikre samsvar mellom planlagt og realisert produksjon og kostnader. Det har to implikasjoner.

For det første innebærer volum- og poengkontrakter at den økonomiske risikoen knyttet til avvik mellom planlagt og realisert aktivitet i stor grad bæres av helseprodusentene. Det kan føre til at ulike pasientgrupper påføres en risiko for utsatt eller manglende behandling, slik som illustrert under punkt 19.1.3.

For det andre er ikke rammefinansieringsmodellen nøytral med hensyn til hvilke pasienter som blir tilbudt tjenester. Selv om rammemodellen sikrer lik inntekt for regionale helseforetak for alle utførte aktiviteter, gir finansieringsordningen insitament til å levere alle tjenester så billig som mulig. Modellen gir således sterkere insitament til effektiv ressursbruk enn et kostnadskompenserende finansieringssystem. Men det er også fare for at kostnadskrevende pasienter, og aktiviteter som er vanskelig å måle, blir nedprioritert. I hvor stor grad dette problemet vil oppstå, avhenger imidlertid av om det stilles aktivitetskrav. Generelt vil det være slik at jo mer presise produksjonskrav som stilles til en rammebevilgning, jo større er faren for at kostnadskrevende pasienter får et redusert tilbud dersom ikke aktivitetsregistreringen fanger opp variasjoner i pasienttyngde.

En innføring av lovfestet rett til behandling innen individuelt fastsatte frister kan motvirke disse ugunstige effektene. Dette skyldes at regionale helseforetak bærer det fulle økonomiske ansvaret for behandlingen som blir gitt til pasienter med rettighetsbrudd. Regionale helseforetak har derfor insitament til å finansiere tilstrekkelig behandlingskapasitet hos tjenesteprodusentene for å hindre at rettighetsbrudd oppstår. Om utvidede pasientrettigheter kan motvirke risikoen for kødannelse og nedprioritering av kostbare pasienter vil imidlertid avhenge av i hvilken grad det etableres klare retningslinjer for vurderingen av om

den enkelte pasient skal tildeles rett til helsehjelp og med hvilken tidsfrist.

Rammefinansieringsordninger har historisk sett vist seg å være et relativt velegnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Den gjennomsnittlige årlige realveksten i sykehusenes brutto driftsutgifter etter innføringen av rammefinansiering i 1980 var rundt 1,2 prosent. Dersom det etableres harde budsjettskranker, vil de samlede utgiftene være forutsigbare. Et rammefinansieringssystem vil dermed ha gode makroøkonomiske egenskaper (effektivitetskriteriet).

Dersom det imidlertid er slik at den valgte foretaksmodellen forsterker muligheten regionale helseforetak har til å oppnå ekstrabevilgninger, jf. diskusjonen i kapittel 6, vil et rammefinansieringssystem, kombinert med dagens foretaksmodell, kunne gi mindre kostnadskontroll enn det man opplevde med rammefinansiering på 1980-tallet. Dette spørsmålet blir særlig relevant hvis en overgang til en ren rammefinansiering, som ikke gir sterke insitament til aktivitetsøkninger, fører til økt ventetid og lengre køer. I tillegg er det en fare for at en eventuell nedprioritering av kostbare pasienter (seleksjon) skaper politisk press for økte bevilgninger til helsesektoren.

Så langt kan det fastslås at rammefinansieringsmodellens sterke sider er at den er prioriteringsnøytral og tilpasset dagens organisasjonsmodell. Den oppmuntrer til kostnadseffektivitet og har vist seg velegnet til å oppnå kostnadskontroll. Modellens svake sider er at regionale helseforetak bærer full økonomisk risiko for kostnadsoverskridelser. Det kan føre til at visse pasienter og pasientgrupper får svekket tilgjengelighet til helsetjenester, både fordi regionale helseforetak har insitament til å produsere en gitt aktivitet så billig som mulig (ugunstig for kostbare pasienter), og fordi regionale helseforetak vil kunne ønske å redusere aktivitet for å holde kostnadene under kontroll. I hvor stor grad det vil skje, vil blant annet avhenge av hvordan pasientenes rettigheter utformes. Dersom det ikke utvikles og/eller tas i bruk gode metoder for å måle forsknings- og undervisningsaktiviteter, er det en risiko for at modellen skårer lavt på forsknings- og utdanningskriteriet.

19.4.3 Konsekvenser av modell 3 – ren stykkprismodell

La oss anta at staten stykkprisfinansierer regionale helseforetak, som igjen tegner kontrakter uten volumbegrensninger med helseprodusentene. En slik finansieringsordning innebærer en deling av den økonomiske risikoen mellom staten, regionale helseforetak og det tjenesteytende nivået. Det vil si at staten bærer økonomisk risiko for antall behandlinger, mens tjenesteyterne bærer risiko for at behandlingen blir mer kostnadskrevende enn stykkprisen. Regionale helseforetak, på sin side, bærer kostnadsrisiko for diagnostikk og kontroll, og for ubrukt kapasitet. I tillegg bærer pasienter som ikke er omfattet av stykkprisordningen, risiko for utsatt eller manglende behandling (vridningseffekt).

Sett i forhold til rammefinansieringsmodellen, innebærer stykkprismodellen en bedre risikodeling mellom stat og de andre aktørene i helsesektoren, fordi staten bærer en del av den økonomisk risikoen. Modellen er derfor velegnet som virkemiddel for å nå mål som høy aktivitet og rask behandling av pasienter som er omfattet av stykkprisfinansieringen.

I stykkprismodellen er oppgjøret til helseprodusentene avhengig av antall behandlinger. Det er viktig å skille mellom de tilfellene hvor oppgjøret dekker forventede behandlingskostnader for hver behandling, og der det ikke skjer. Dersom prisen er større eller lik enhetskostnaden, er det sjanse for at ledelsen og personalet anstrenger seg for å behandle flere pasienter fordi det innebærer større overskudd (eller mindre underskudd), og dermed mulighet til å behandle enda flere pasienter. Men hvis oppgjøret ikke har klart å anslå kostnadene korrekt, holder ikke resonnementet. Det er ikke gitt at ledelse og personale vil anstrenge seg mer hvis fordelene er mindre enn ulempene. Det taler for at en høy stykkpris er nødvendig for å stimulere til effektiv ressursutnyttelse. På den annen side vil en høy stykkpris øke sannsynligheten for at noen av foretakene får et overskudd (fordi stykkprisen er høyere enn enhetsprisen). Siden alle overføringer fra staten til regionale helseforetak må finansieres gjennom beskatning, er slike overskudd kostbare fordi de øker det beskatningsrelaterte effektivitetstapet, kf. kapittel 6.

Det er i tillegg sannsynlig at de faktiske prioriteringene innen stykkprisordningen vil avvike fra hva sentrale myndigheter ønsker ettersom det er lokale kostnader som ligger til grunn for sykehusenes lønnsomhetsbetraktninger. På den annen side gir modellen tjenesteprodusentene insitamenter til å kartlegge kostnadsstrukturen. En slik kartlegging vil uansett være nyttig for å sikre en effektiv ressursutnyttelse.

Stykkprismodellen er ikke prioriteringsnøytral. Det er dermed en krevende oppgave for staten å sikre at regionale helseforetak ikke vrir ressurser og innsats vekk fra oppgaver som staten prioriterer, men som ligger utenfor stykkprisordningen.

Dette gjelder både de kortsiktige og de mer strukturelle beslutningene helseorganisasjonene tar.

Kan stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester i praksis gå på bekostning av det psykiske helsevernet? Analyser som er foretatt så langt gir ikke klare indikasjoner på at det er tilfellet. Studier som hittil er gjort (f.eks. Halsteinli m.fl. 2001) tyder på en betydelig ressursinnsats innen både somatikk og psykisk helsevern. Driftsutgiftene til det psykiske helsevernet har økt med i underkant av 1,5 mrd. kroner målt i faste priser fra 1993 til 2001 (Samdata 03/2002). Dette utgjør en vekst på 19,1 prosent, som riktignok er betydelig lavere enn veksten ved de somatiske sykehusene på 37 prosent.

Men erfaringene fra fylkeskommunene kan ikke uten videre brukes til å forutsi resultatet i helseforetakene. For det første viser regnskapstall fra fylkeskommunene at driftsresultatene ble vesentlig svekket etter innføringen av ISF. Det vil si at tilpasningen til økt aktivitet innenfor somatikken delvis har skjedd ved å skyve kostnader til senere år. Dette er ikke en varig løsning. Videre hadde fylkeskommunene mulighet til å prioritere mellom flere sektorer, der de viktigste var samferdselssektoren og undervisningssektoren.

Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern utgjorde 22,7 prosent av totale brutto driftsutgifter i sykehussektoren i 1992. På tross av satsingen i opptrappingsplanen var denne andelen redusert til 20,1 prosent i 2001. Tallene indikerer dermed at det psykiske helsevesenet ikke er blitt prioritert høyere enn somatiske sykehus.

Videre er det en fare for at kostnadskrevende pasienter blir nedprioritert. Dette er igjen relatert til at helseforetakene mottar en fast pris for hver (somatisk) pasient som behandles, og at finansieringsordningen dermed gir insitament til pasientseleksjon.

Stykkprismodellen skårer også lavt på legitimitetskriteriene. Det skyldes at DRG-baserte priser er nasjonale gjennomsnittspriser (kf. kapittel 9.2). Disse prisene kan avvike kraftig fra de lokale kostnadene. Dermed kan finansieringssystemet oppleves lite forståelig og til dels urettferdig av ansatte i sektoren. Stykkprissystemet kan også oppfattes urettferdig fordi det vil kunne forsterke regionale forskjeller i tilgjengelighet. Dette følger fordi de effektive foretakene får økonomiske muligheter til å behandle flest pasienter.

Dersom stykkprissystemet oppleves som urettferdig, kan det forventes politisk spill når ett eller flere regionale helseforetak får økonomiske problemer. Det kan videre bli et problem at produksjonsøkningen blir kostbar hvis regionale helseforetak ikke greier å effektivisere driften av helseprodusentene. Dette åpner også for politisk spill fordi foretakene vil kunne dokumentere aktivitetsøkninger som staten ikke fullt ut betaler for. På den annen side taler følgende forhold for at dette ikke vil skje: Ved å gi en høy stykkprissats signaliserer staten, på en troverdig måte, at den kompenserer økt aktivitet med økte inntekter. Regionale helseforetak vil dermed ikke kunne argumentere for at staten pålegger dem å øke pasientbehandlingen uten å tilføre mer penger.

Den årlige realveksten i spesialisthelsetjenestens ressursbruk økte til rundt 5 prosent på slutten av 1990-tallet. Denne veksten var både et resultat av et økende avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet, samt et økende avvik mellom budsjetterte og faktiske utgifter. Det kan derfor stilles spørsmål om et aktivitetsbasert finansieringssystem er velegnet for å oppnå kostnadskontroll.

Stykkprismodellens sterke sider er særlig at den er velegnet til å oppnå høy aktivitet og rask behandling av pasienter som omfattes av ordningen. I tillegg oppmuntrer modellen til kostnadseffektivitet fordi sykehusene får mer inntekt og flere behandlinger ut av effektivitetsfremmende innsats. Det er derimot negativt at modellen ikke er prioriteringsnøytral. Det må derfor vurderes om det er nødvendig å skjerme visse tjenester fra prioriteringene til regionale helseforetak. Dermed fratas regionale helseforetak deler av sitt helhetsansvar, og modellen bryter delvis med dagens organisasjonsmodell. I tillegg har stykkprismodellen vist seg mindre velegnet til å oppnå kostnadskontroll enn rammefinansieringsordningen. Sentrale myndigheter påføres dermed en dobbel risiko: aktivitetsøkningen kan bli større enn forventet, og driftskostnadene kan øke mer enn aktivitetsveksten skulle tilsi.

19.4.4 Konsekvenser av modell 4 – kombinasjon av ramme og stykkpris

Staten kan finansiere regionale helseforetak med en kombinasjon av ramme og stykkpris. Slike modeller vil kunne slå ut ulikt med hensyn til målkonflikten mellom kostnads- og prioriteringseffektivitet. Jo høyere stykkprisen er, jo mer sannsynlig er det at prisen er større eller lik enhetskostnaden. Dermed får helseprodusentene sterkere insitament til å innrette produksjonen på en kostnadseffektiv måte. Høy stykkpris øker imidlertid også risikoen for uønskede vridninger i foretakenes ressursbruk. Tjenester som ikke omfattes av stykkprisordningene, kan dermed bli nedprioritert. Som nevnt i forrige avsnitt, vil en høy stykkpris også øke sannsynligheten for at noen av foretakene får et

overskudd (fordi stykkprisen er høyere enn enhetsprisen). Siden alle overføringer fra staten til regionale helseforetak må finansieres gjennom beskatning, er slike overskudd kostbare fordi de øker effektivitetstapet ved beskatning.

19.4.5 Konsekvenser av modell 5 – beredskapskostnader rammefinansieres, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres 100 prosent

Denne modellen har gode egenskaper fordi at den synliggjør kostnadene ved å opprettholde en tilfredsstillende beredskap, samtidig som faktisk pasientbehandling stykkprisfinansieres. Modellen vektlegger dermed at pengene skal følge pasientene, samtidig som et geografisk likt tilbud av helsetjenester opprettholdes. Modellens store ulempe er at det ikke finnes datagrunnlag for å skille ut hvilke kostnader som er relatert til beredskap og dermed hvilken fordeling av faste og variable kostnader som skal legges til grunn for overføringer til regionale helseforetak. Utvalget vurderer dermed modellen som lite aktuell å innføre før et utredningsarbeid som kan kategorisere de ulike kostnadstypene er gjennomført. Et slik arbeid vil ventelig være ressurskrevende og ta flere år å gjennomføre. For øvrig kan modellen anses som en variant av modell 4, kombinasjoner av ramme og stykkpris. Forskjellen er at man, i den grad det er mulig, definerer klarere hva som finansieres gjennom rammen.

19.4.6 Konsekvenser av modell 6 – aktivitetskrav med toppfinansiering

Aktivitetskravmodellen tar utgangspunkt i den sterkeste siden ved dagens innsatsstyrte finansiering, nemlig elementet av risikodeling. Dagens risikodeling mellom regionale helseforetak og staten gjenspeiles i at staten marginalt dekker 50–60 prosent av behandlingskostnadene for DRG-klassifiserte pasienter. En slik ordning bidrar til å at staten bærer en del av risikoen ved variasjoner i pasientbehandlingen. En risikodeling mellom stat og regionale helseforetak vil trolig også øke sannsynligheten for bruk av aktivitetsbaserte avtaler mellom regionale helseforetak og tjenesteleverandørene på områder der dette er ønskelig ut fra hensyn til aktivitet og kostnadseffektivitet. På denne måten oppfyller modellen utvalgsmandatets målsetning om at penger skal følge pasienten.

Dagens innsatsstyrte finansiering har imidlertid noen svakheter som bør rettes opp. Problemene er knyttet til følgende forhold:

- Ved at somatisk pasientbehandling i dag finansieres med 40 prosent rammebevilgning og 60 prosent stykkpris, skapes insitament for regionale helseforetak til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke har det samme subsidieelement. I dag gjelder dette i første rekke habilitering av funksjonshemmede, forskning og undervisning. I prinsippet vil det også gjelde psykiatri, men det er grunn til å tro at opptrappingsplanen for psykiatri har redusert vridningsproblemene mellom somatikk og psykiatri i en overgangsperiode.
- Den stadig økende ISF-andelen siden innføringen i 1997 medvirker til at regionale kostnadsforhold i stadig mindre grad avspeiles i statens utbetalinger. Der en behovsjustert rammeoverføring tidligere fanget opp kostnadsvariasjoner, for eksempel som følge av spredtbygdhet eller lange reiseavstander, vil økende innslag av stykkpris basert på nasjonale gjennomsnittskostnader bidra til at regionale variasjoner av denne type ikke fanges opp og kompenseres for.
- Systemet kan være vanskelig å forstå. Mange har oppfattet refusjonssatsen som et forsøk på prising av marginalkostnader. Enkelte sykehus har trodd at 50–60 prosent ISF-pris har vært tilstrekkelig til å dekke marginalkostnadene ved økt aktivitet. Det har som regel ikke vært tilfelle. Det er antatt at det har vært en årsak til de store underskuddene i sykehussektoren de siste årene.
- Systemet oppfattes som lite troverdig. I hovedsak retter denne kritikken seg mot manglende treffsikkerhet, der helsepersonell sammenligner refusjonen for den enkelte DRG mot avdelingenes kostnader ved behandling av enkeltpasienter. Denne kritikken kan tolkes som behov for økt detaljering av DRG-systemet, kombinert med regionale eller lokale variasjoner i prissettingen.
- ISF kritiseres for lav forutsigbarhet. I mange tilfeller har sykehusene opplevd at inntektene fra ISF er blitt mindre enn anslått i forkant av budsjettåret. Det er overfor utvalget også hevdet at enhetsprisen ikke har vært justert slik at den reflekterer prisutviklingen i samfunnet. Mange oppfatter dette som at staten ikke har hatt vilje til å betale for den aktivitetsøkning som har skjedd i sykehusene siste årene.

Aktivitetskravmodellen prøver å håndtere disse problemene samtidig som den beholder de gode elementene i ISF som er understreket ovenfor. Noen sterke sider ved aktivitetskravmodellen er:

- Vridningseffektene mot aktiviteter som ikke ligger i stykkprisordningen reduseres fordi meraktivitet på over 2 prosent ikke finansieres av staten.
- Aktivitetskravmodellen stiller krav til at eier (staten) er klar og tydelig i sine ambisjoner om aktivitet. Modellen kan dermed bidra til større forutsigbarhet både for regionale helseforetak og for staten som eier.
- Siden aktivitet utover avtalt nivå delfinansieres av staten, stimuleres de mest effektive sykehusene til å øke aktiviteten fordi det innebærer større overskudd.
- Regionale kostnadsforhold reflekteres i større grad i statens utbetalinger. Grunnen til dette er at modellen tar utgangspunkt i det aktivitetsnivå som aktørene mener er mulig å fullfinansiere ut fra en bevilgning som er fordelt etter behovsjusterte kriterier. Regionale kostnadsforskjeller reflekteres ved at staten kan differensiere mellom regionale helseforetak i fastsettelsen av ulike aktivitetskrav, for eksempel ved at man stiller lavere aktivitetskrav i regioner der kostnadsnivået knyttet til geografi er høyere enn i andre regioner. Det forutsettes imidlertid at stykkprissatsen (lik 100 prosent) holdes lik for alle regioner.
- Systemet er enklere å forstå fordi det tydeliggjøres hvilket aktivitetsnivå som kan fullfinansieres med de gitte rammene. Dette nivået kommer fram gjennom dialog og regional kostnadsinformasjon fra det foreslåtte tekniske beregningsutvalget. Hvis aktørene ikke kommer fram til løsning, så setter staten aktivitetskravene. Dermed hindres endeløse diskusjoner om hva aktivitetskravene skal være.
- Modellen bør kunne gi regionale helseforetak tilstrekkelig økonomisk grunnlag til å inngå aktivitetsbaserte kontrakter slik at penger følger pasienter.
- Modellen gir insitament til kostnadskontroll. Fordi staten ikke finansierer meraktivitet utover 2 prosent, gjøres det synlig at forventet og planlagt aktivitet ikke bør avvike for mye.
- Troverdigheten til systemet styrkes gjennom informasjonen som det tekniske beregningsutvalget legger fram. Denne informasjonen gjør det mulig å drive utstrakt benchmarking av så vel regionale helseforetak som enkelte helseprodusenter. På denne måten vil aktivitetskravmodellen gi opphav til læring som på sikt kan bidra til en mer effektiv spesialisthelsetjeneste.

En innvending mot aktivitetskravmodellen er at regionale helseforetak kan hevde at effektivitetskravene blir for store, og at de derfor ikke har budsjettmessig dekning for å opprettholde aktiviteten som skal til for å utløse toppfinansiering. De vil dermed kreve å få senket aktivitetsmålene som skal til for å utløse toppfinansiering. Dette er erfaringen fra 1993 og 1994 hvor en toppfinansieringsmodell ble prøvd ut for norske sykehus. Beskrivelsen i boksen 19.1 er hentet fra St. meld nr. 50 (1993–1994).

Et viktig spørsmål som må besvares, er om en eventuell toppfinansiering kan tenkes å virke bedre nå enn i 1993 og 1994. Det er tre grunner til at det kan forventes at en toppfinansieringsordning vil fungere bedre i dag. Den første grunnen er at dagens aktivitetsregistrering i spesialisthelsetjenesten er langt bedre enn i 1993 og 1994. Den andre er at regionale helseforetak kun er ansvarlige for å tilby helsetjenester, mens fylkeskommunene hadde ansvar for flere sektorer. For det tredje kan foretaksorganiseringen gi staten og styrene i regionale helseforetak sterkere insitament til å fastsette realistiske produksjonskrav.

Dagens aktivitetsregistrering i spesialisthelsetjenesten er bedre enn i 1993 og 1994. Kvaliteten i registreringen ble fulgt opp nøyere i sykehusene da det fra 1997 ble utbetalt penger på grunnlag av denne registreringen gjennom ISF. De etterfølgende årenes forbedringer i registreringen var delvis grunnen til veksten i indeksen for pasientsammensetningens tyngde (DRG-indeks). Det er i dag også en mer omfattende og nøyaktig registrering av aktiviteten fordelt på dag- og døgnbehandling på sykehus. Etter at man fra 1999 inkluderte dagkirurgi i ISF, er dessuten et område fra poliklinikkene løftet inn i DRG-registreringen. Fra 2002 er det dessuten tatt i bruk nytt kodeverk for radiologi (NORAKO), slik at røntgenvirksomhet også registreres bedre enn før. I tillegg revideres kostnadsvektene oftere. Slike revisjoner bidrar til gjenspeile de reelle kostnadene ved å gjennomføre en gitt aktivitet, samtidig som endringer som skyldes nye behandlingsmetoder og medisiner blir inkludert. På den annen side er ikke aktivitetsregistreringen i 2002 så god at toppfinansiering vil være uproblematisk.

Regionale helseforetak kan ikke omprioritere midler til helsetjenester på bekostning av andre prioriterte tiltak fra statens side. Trolig ble fylkeskommunenes argumentasjon om at økt prioritering av helse gikk på bekostning av fylkeskommunens øvrige oppgaver tillagt vekt når Sosial- og helsedepartementet i samråd med Kommunal- og arbeidsdepartementet valgte å redusere aktivitetskravet med om lag 1,3 prosent i 1993. Regionale helseforetak har ikke ansvar for flere sektorer, og

Boks 19.1 Erfaringene med toppfinansiering i 1993 og 1994

En toppfinansieringsmodell ble prøvd ut i forhold til samtlige norske sykehus i 1993 og 1994, etter at man i to år hadde hentet erfaringer med statlig, aktivitetsavhengig finansiering av sykehusene i to fylker. Hensikten med å etablere en landsomfattende, aktivitetsavhengig finansiering var å få flere pasienter behandlet og få kortet ned ventelistene ved norske sykehus. Stortinget bevilget henholdsvis 410 mill. kroner og 440 mill. kroner i 1993 og 1994 til toppfinansieringen, som ble bevilget som et øremerket tilskudd over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Stykkprisandelen ble satt til 60 prosent av nasjonalt beregnede DRG priser, og var ment å dekke sykehusenes marginalkostnader ved økt aktivitet.

I 1993 la man til grunn fylkeskommunenes aktivitetsnivå i 1991 og et behandlingsbehov som ble anslått av fylkeskommunene selv. Det ble definert et øvre tak for statens tilskudd. Det var dermed full kostnadskontroll ved ordningen.

Erfaringene fra de to årene den statlige toppfinansieringen virket, var blandet. De fleste fylkeskommunene hevdet å være i en vanskelig økonomisk situasjon. Nesten uten unntak hevdet fylkeskommunene at de ikke hadde budsjettmessig dekning for å opprettholde den aktivitet/terskel som skulle til for å utløse statlig finansiering. En omfordeling av midler til de somatiske sykehusene kom etter fylkeskommunenes syn i konflikt med andre prioriterte tiltak fra statens side. Fra fylkeskommunenes side var det derfor nødvendig å få senket terskelen, slik at den statlige medfinansieringen skulle utløses på et tidligere tidspunkt. I samråd med Kommunal- og arbeidsdepartementet ble terskelen generelt satt ned med 1,3 prosent for alle fylkeskommunene. I tillegg ble tre fylkeskommuner særbehandlet. Det viste seg imidlertid at alle fylkeskommunene var i stand til å utløse hele det avsatte beløpet i 1993.

Ordningen ble i St.meld. nr. 50 (1993–1994) foreslått avviklet. Det ble blant annet sagt:

«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.»

heller ikke et politisk mandat fra velgerne. På den annen side vil regionale helseforetak kunne argumentere med at toppfinansieringen må utløses for å hindre uønsket omprioritering fra områder som vanskelig lar seg aktivitetsregistrere. Fordi det vil ta tid å utvikle gode aktivitetsdata for alle aktivitetene som regionale helseforetak er ansvarlig for, er problemet mest alvorlig på kort sikt.

Dagens foretaksorganisering kan gi både staten og styrene i regionale helseforetak sterkere insitament til å fastsette realistiske produksjonskrav enn det som var tilfelle i 1993. Foretaksmodellen gir styrene i regionale helseforetak mulighet til å stille plassene sine til disposisjon hvis de ikke kan enes med eier om vilkårene som ligger til grunn for bevilgningen som gis. Denne muligheten eksisterte ikke i 1993. Det må imidlertid antas at styrene ønsker å gjøre jobben de er satt til å utføre, og at dette ønsket vil disiplinere prosessen med å komme fram til omforente aktivitets- og effektivitetskrav. Staten vil også ha insitament til å komme til enighet med styrene. Det vil være et signal om at staten tilbyr for dårlige rammebetingelser hvis aktørene ikke når fram til enighet, og styrene responderer på de påfølgende statlige bestemte aktivitetskravene med å gå av. I tillegg vil det sannsynligvis disiplinere partene dersom et uavhengig beregningsutvalg etableres. Da vil man være bedre stilt enn i 1993, hvor Sosial- og helsedepartementet la til grunn den enkelte fylkeskommunes angitte behov for økt pasientbehandling og mulighet for å innfri ventetidsgarantien.

19.4.7 Konsekvenser av modell 7 – videreutvikling av dagens modell

Denne modellen har mange av de samme egenskapene som aktivitetkravmodellen. Nivå på behandlingsaktivitet bestemmes av nivået på rammebevilgningen, lokale kostnadsforhold og effektivitetsfremmende tiltak i sykehus. Modellen bør også gi regionale helseforetak tilstrekkelig økonomisk grunnlag til å inngå aktivitetsbaserte kontrakter med sykehus slik at penger følger pasienten. For enkelhets skyld omtales modell 7 som blandingsmodellen.

Her er forholdene som skiller blandingsmodellen og aktivitetskravmodellen beskrevet:

- I blandingsmodellen er det ikke satt et eksplisitt tak på hvilken aktivitet staten vil finansiere. Det vil si at blandingsmodellen er åpen. Blandingsmodellen gir derfor større mulighet til å øke produksjonen som svar på økt etterspørsel.
- I blandingsmodellen trenger staten ikke å definere aktivitetspunktet hvor statens fullfinansiering slutter, og delfinansieringen begynner. Blandingsmodellen er dermed ikke utsatt for spill rundt fastsettelsen av innslagspunktet for toppfinansieringen.
- Blandingsmodellen setter ikke et eksplisitt krav til nivået av meraktivitet som delfinansieres av staten. Derfor innebærer modellen økt risiko for negative vridningseffekter for tjenester som ikke omfattes av stykkprisfinansieringen.
- I blandingsmodellen vil en videreføring av dagens stykkprisordning med nasjonale gjennomsnittspriser medføre at regionale kostnadsforskjeller i mindre grad blir kompensert.
- Blandingsmodellen løser ikke problemet ved at mange har oppfattet refusjonssatsen som et forsøk på prising basert på marginalkostnader I de fleste tilfeller vil ikke 50–60 prosent ISF-pris være tilstrekkelig til å dekke marginalkostnadene ved økt aktivitet. Det er antatt at dette har vært en årsak til de store underskuddene i sykehussektoren de siste årene.

19.5 Oppsummering og utvalgets vurdering

Utvalget har valgt å diskutere syv modeller for statens finansiering av regionale helseforetak:

1. En modell hvor staten refunderer utgiftene regionale helseforetak kan vise fram i regnskapet.
2. En ren rammemodell.
3. En ren stykkprismodell.
4. En blandingsmodell (kombinasjon av ramme og 80 prosent stykkpris).
5. En modell der staten dekker regionale helseforetaks beredskapskostnader, mens faktisk behandlingsaktivitet stykkprisfinansieres 100 prosent.
6. En aktivitetskravmodell med toppfinansiering.
7. En videreutvikling av dagens modell hvor flere tjenester delvis stykkprisfinansieres, mens styringen i hovedsak skjer gjennom fastsettelsen av rammetilskuddet fra eier.

Disse modellene er vurdert opp mot følgende evalueringskriterier (jf. kapittel 7):

- Behandlingskriteriene
- Valgfrihetskriteriet
- Forsknings- og utdanningskriteriet
- Effektivitetskriteriene
- Legitimitetskriteriene

I tillegg er modellene vurdert i forhold til om de understøtter den nye styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten, og om de fører til en god fordeling av risiko mellom aktørene.

Fra utvalgets drøfting følger det at alle modellene har både sterke og svake sider. Det finnes dermed ikke én modell som skårer høyest på alle kriteriene samtidig. Tvert i mot har diskusjonen vist at de modellene som skårer høyest på ett kriterium ofte skårer lavt på andre. Eksempelvis skårer kostnadsrefusjonsmodellen høyt på kriterier som god lokal tilgang på helsetjenester av høy kvalitet (behandlingskriterier), mens den samme modellen skårer svært lavt på effektivitetskriteriene.

For å sikre en balansert måloppnåelse er det etter utvalgets syn derfor naturlig å konsentrere diskusjonen videre rundt blandingsmodellene som er diskutert (modellene 4–7).

Modell 4 er en modell der regionale helseforetak dels finansieres gjennom basisbevilgning og dels gjennom aktivitetsavhengige tilskudd over ISF og polikliniske refusjoner. I denne modellen er stykkprissatsen satt til 80 prosent. Når stykkprissatsen er såpass høy, er det etter utvalgets syn vanskelig å avverge en nedprioritering av tjenester som ikke ligger inn under stykkprisordningene. Siden utvalget ikke anser det som realistisk at man greier å utvikle en helhetlig stykkprisfinansiering for psykiatri allerede fra 2004, vurderer utvalget denne modellen som ikke prioriteringsnøytral. I tillegg er det sannsynlig at en stykkprissats på 80 prosent ligger over sykehusenes marginalkostnader. Modellen vil derfor ventelig også skåre lavt på viktige effektivitetskriterier. Samtidig innebærer modellen i praksis at staten bærer all økonomisk risiko, og modellen skårer lavt i forhold til risikofordeling. Utvalget velger derfor ikke å fokusere nærmere på modell 4.

Modell 5 representerer et alternativ der sykehusenes oppgave med å holde en viss beredskap for akuttpasienter gis en rammefinansiering fra staten. Øvrige oppgaver gis en aktivitetsavhengig finansiering. Denne modellen må anses som en variant av modell 4, kombinasjon av ramme og stykkpris. Forskjellen er at hva som finansieres gjennom rammen defineres klarere. Problemene

som knytter seg til modell 5 er i første rekke at det er vanskelig å definere et objektivt nivå for den beredskap som legges til grunn, dersom man skal finansiere en annen beredskap enn dagens. Dessuten forventes det at regionale helseforetak gjennomfører endringer i arbeidsdelingen mellom sykehus med konsekvenser for akuttfunksjoner og nivå på beredskapen ved det enkelte sykehus. Slike endringer i sykehusstruktur og arbeidsdeling vanskeliggjør prosessen med å definere et nivå for nødvendig beredskap. Videre finnes ikke datagrunnlag som på en enkel måte skiller ut hvilke kostnader som er knyttet til beredskap, og dermed hvilken fordeling av faste og variable kostnader som skal legges til grunn for overføringer til regionale helseforetak. En tilnærming til hvilke faste kostnader som inngår i et bestemt definert nivå for beredskap i en region, må derfor utvikles. Ut fra de nye problemene som her reises, velger utvalget ikke å fokusere nærmere på modell 5.

Modell 6 har som sitt utgangspunkt at Stortinget vedtar den samlede rammen for spesialisthelsetjenesten. Denne ressursrammen fordeles så mellom regionale helseforetak etter behovsbaserte kriterier. Staten (Helsedepartementet) og regionale helseforetak har så, med bakgrunn i de overordnede helsepolitiske prioriteringene, en dialog om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor den tildelte rammen. Gjennom denne dialogen etablerer stat (eier) og regionale helseforetak (sørge for-ledd) en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder. For å sikre at dialogen ikke ender i en lite konstruktiv diskusjon om hva aktivitetskravene skal være, setter staten disse hvis aktørene ikke kommer fram til enighet.

For å sikre at regionale helseforetak ikke må bære all økonomisk risiko dersom behovet for spesialisthelsetjenester skulle bli uforutsett høyt, gir staten 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet ut over det avtalte nivået, dog ikke over en nærmere fastsatt maksimumsgrense (for eksempel 2 prosent). I motsetning til i dagens ISF modell utløses imidlertid ikke toppfinansieringen før alle fastsatte aktivitetsmål er nådd. Eksempelvis vil en overoppfyllelse av aktiviteten innenfor somatikk ikke utløse toppfinansiering med mindre aktivtetsmålene for psykiatri og habilitering/rehabilitering er nådd. Dermed skiller denne modellen seg fra tradisjonelle stykkprismodeller hvor enhver aktivitetsøkning utløser en stykkpris. For å sikre at regionale helseforetak ikke underoppfyller aktivitetskravene, trekkes tilsvarende 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet under det planlagte nivået.

Risikodeling mellom stat og regionale helseforetak vil trolig øke sannsynligheten for bruk av aktivitetsbaserte avtaler mellom regionale helseforetak og tjenesteleverandørene på områder der dette er ønskelig ut fra hensyn til aktivitet og kostnadseffektivitet. På denne måten oppfyller modellen utvalgsmandatets målsetning om at penger skal følge pasienten.

Aktivitetskravmodellen innebærer statlig fullfinansiering opp til et visst nivå og deretter statlig delfinansiering. Modellen stiller dermed krav til at staten er klar og tydelig i sine ambisjoner om aktivitet. På samme måte som enhver stykkprismodell stiller modellen også store krav til nøyaktig aktivitetsregistrering i sykehusene.

Modell 7 er en videreutvikling av dagens modell. Modellen tar utgangspunkt i at framtidas finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønske om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som finansieringssystemet må understøtte styringsbehovet på denne viktige samfunnssektoren. Et viktig element i denne modellen blir derfor å opprettholde dagens delvise stykkprisfinansiering slik at «penger følger pasient», samtidig som behovet for styring ivaretas gjennom rammetilskuddet. Stykkprisdelen gir også et utvetydig signal til helseprodusentene om at innsats (for de aktivitetene som stykkprises) lønner seg. På den annen side, og siden det er denne modellens intensjon å styre gjennom rammebevilgningen, bør ikke stykkprissatsen settes så høyt at stykkprisen kan egenfinansiere aktivitetsvekst.

Etter utvalgets syn er den videreutviklede varianten av dagens modell og aktivitetskravsmodellen gode modeller i den forstand at de skårer høyt på de fleste evalueringskriteriene. Diskusjonen i dette kapitlet har også vist at forskjellene mellom modellene ikke er store, i det staten, i begge modellene, overfører en ressursramme til regionale helseforetak som er ment å fullfinansiere et mer eller mindre presist uttalt aktivitetsnivå. Utvalget velger derfor å fokusere den videre diskusjonen rundt modellene 6 og 7.

Utvalget er delt i sin anbefaling av finansieringsmodell mellom stat og de regionale helseforetak. Flertallet anbefaler staten å finansiere regionale helseforetak med en aktivitetskravmodell med toppfinansiering. Mindretallets forslag er at staten finansierer regionale helseforetak med en blandingsmodell som videreutvikler dagens finansiering slik at flere tjenester delvis stykkprisfinansieres, mens styringen i hovedsak skjer gjennom fastsettelsen av rammetilskuddet fra eier.

Det henvises til kapittel 21 for en utdyping av flertallets og mindretallets argumentasjon.

Kapittel 20
Fordelingskriterier for aktivitetsuavhengige inntekter

20.1 Innledning

Ifølge mandatet skal utvalget ta opp og diskutere «prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd mellom de regionale helseforetakene». I utgangspunktet vil dette gjelde tilskudd til aktiviteter der det i dag ikke finnes utviklede prissystem, for eksempel innenfor psykiatri og rehabilitering. Det er imidlertid også et aktuelt alternativ å finansiere størstedelen eller alle aktiviteter i regionale helseforetak ved tilskudd som gjenspeiler behov heller enn aktivitet. Utvalget har derfor valgt å utvikle kriterier for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd til de to hoveddelene av spesialisthelsetjenesten, henholdsvis somatiske og psykiatriske tjenester. Utvalget gir også en kort diskusjon av finansiering av rusmiddelomsorgen og transport av pasienter og helsepersonell. Hvilke deler av aktiviteten til regionale helseforetak som bør finansieres ved aktivitetsuavhengige tilskudd og hvilke som finansieres ved stykkprisrefusjoner, vil utvalget komme tilbake til i kapittel 21.

Kapitlet har følgende oppbygging: I 20.2 gis en nærmere begrepsdiskusjon, en begrunnelse for bruk av aktivitetsuavhengige tilskudd og en grunnleggende forståelse av hvordan slike tilskudd kan bygges opp. Det er et hovedpoeng at tilskudd av denne type som regel dimensjoneres i forhold til antall innbyggere i en region og deres behov for helsetjenester. Dette har gjort at denne type overføringer i faglitteraturen gjerne kalles «per capita-baserte»tilskudd eller behovsbaserte tilskudd. 20.2 gir også oversikt over utbredelsen av slike ordninger i Europa. I 20.3 diskuteres metoder som benyttes for å utvikle fordelingskriterier. En nærmere diskusjon av fordelingskriterier i forhold til somatiske helsetjenester gis i 20.4. Psykiatriske helsetjenester behandles i 20.5.

Også i dag finansieres en betydelig del av aktivitetene i regionale helseforetak via aktivitetsuavhengige tilskudd. En beskrivelse av eksisterende fordelingsnøkler finnes i dette kapitlet.

20.2 Bakgrunn for bruk av behovsbaserte tilskudd

Både i Nord-Amerika og Europa delegerer nasjonale myndigheter ansvaret for å tilby helsetjenester til ulike typer «helseplaner». Ansvaret for helseplanene ligger til lokalforvaltningen som i Skandinavia (i Norge primærhelsetjenesten), sykekasser som i Belgia, Nederland og Tyskland, eller til statlige regionale enheter som i Frankrike, England og Norge (jf. diskusjonen i kapittel 4). Delegering av ansvar skaper behov for oppgjørsordninger mellom nasjonale myndigheter og helseplanen. Tre metoder for oppgjørsordninger eksisterer (jf. også diskusjonen i kapittel 6):

- full dekning av kostnadene til helseplanen (kostnadskompensasjon)
- refusjon basert på aktivitet, for eksempel gjennom faste priser definert gjennom DRG-systemet
- prospektiv finansiering basert på forventede utgifter gjennom faste rammer

Som utvalget har diskutert tidligere, vil disse tre finansieringsformene påvirke risikofordelingen i systemet. Kostnadskompensasjon vil plassere all risiko på nasjonale myndigheter, mens refusjon basert på faste DRG-priser og faste rammer flytter risiko nedover i systemet. Både i USA og Europa har en i betydelig grad beveget seg bort fra den første typen av ordninger, over til de to andre, og særlig den siste. I Europa, med unntak for noen få land, finansieres nå hele eller store deler av helsetjenestene ved at de organer som er bestillere av helsetjenester får tildelt et tilskudd avhengig av trekk ved den befolkning eller de pasienter disse organene har ansvaret for (Rice og Smith 2001). Finansieringsordningene vil også skille seg ad med hensyn til forventet effektivitet.

En forutsetning for overgang til finansiering av den typen, er utviklingen av rammetilskudd som gjenspeiler befolkningens behov for helsetjenester. Kriteriene som legges til grunn for ressursfordelingen, vil som regel være antall innbyggere i ulike aldersgrupper justert ved risikofaktorer som avspeiler variasjoner i behovet for helsehjelp.

Behovsbasert fordeling innebærer med andre ord at helseplanen gis en pris per innbygger. Prisen justeres etter innbyggernes helsetilstand, samt det volum og kvalitetsnivå nasjonale myndigheter ønsker på tjenestene.

Det er særlig to argumenter som benyttes for behovsbasert ressursfordeling.

For det første ivaretar behovsbasert ressursfordeling fordelingshensyn ved at det bidrar til lik tilgang til helsetjenester (for personer med likt behov) mellom ulike helseplaner/regioner. For eksempel er målet for den regionale ressursallokeringen i Italia «å utjevne geografiske ulikheter i sosiale og helsemessige forhold» (Mapelli 1998). Fordelingsmekanismen som brukes i England, har som siktemål «å sikre lik tilgang for personer med lik risiko for sykdom/skade» (NHS Executive 1997). I de skandinaviske landene, hvor lokale og politisk styrte forvaltningsnivå har hatt en viktig rolle innen helsetjenestene, har innfallsvinkelen vært en noe annen. Lokale myndigheter i Sverige, Danmark og Finland har noe frihet når det gjelder å bestemme nivået på tilbudet av helsetjenester. De har også noe frihet til å fastsette lokale skatter og egenbetaling som er nødvendig for å finansiere tjenestene. Den behovsbaserte overføringen har med utgangspunkt i dette hatt som mål å gi lokale myndigheter like muligheter til å tilby helsetjenester ut fra samme nivå på beskatning og egenandeler (Rattsø 1998).

For det andre har behovsbasert ressursfordeling hatt som målsetting å bedre effektiviteten i systemene. I premiebaserte forsikringssystemer har en særlig vært opptatt av å bedre kostnadseffektiviteten, som gjennomgående har vært lav som følge av perioder med utstrakt bruk av kostnadskompenserende finansieringsordninger (van de Ven og Ellis 2000). Gjennom å måtte forholde seg til faste rammer gis forsikringsselskapene/sykekassene insentiver til å inngå kontrakter eller avtaler med helseprodusenter etter forutgående forhandlinger eller konkurranse. I prinsippet vil en oppnå tilsvarende effektivitetseffekter i skattebaserte systemer. I høy grad er endringene også i disse landene drevet fram av ønsker om høyere kostnadseffektivitet og bedre kostnadskontroll (Mossialos og Le Grand 1999).

Rice og Smith (2001) gir en nærmere beskrivelse av behovsbaserte fordelingsordninger i Europa. Av de 20 landene som er gransket, er det bare Østerrike, Hellas, Irland og Luxemburg som ikke har elementer av slik finansiering. Grunnen er enten at helsetjenesten i stor grad er selvfinansiert via premier fra medlemmene (Østerrike og Hellas) eller at den i stor grad er basert på egenbetaling og private forsikringsordninger (Irland). Luxemburg har på grunn av sin størrelse mindre behov for slike fordelingsmekanismer.

Blant landene som har valgt behovsbasert finansiering, har de fleste valgt å ta hensyn til empiriske data om forbruk av helsetjenester. Spania er her et unntak, hvor man ikke korrigerer for behovsfaktorer. Italia, Portugal og Skottland justerer med tall for sykelighet og dødelighet. Det engelske systemet er det eneste som korrigerer for tilbudsindusert etterspørsel. Sosiale kriterier brukes også i stor grad for å justere for risiko. Noen eksempler på slike kriterier er:

- arbeidsledighet (Belgia, Nederland og Stockholms Läns Landsting)
- velferdsstatus (Nederland og Nord-Irland)
- sivil status (Nord-Irland, Stockholms Läns Landsting)
- familiestruktur (Frankrike)
- boligstandard (Belgia)
- boligstatus (Stockholms Läns Landsting)
- sosial klasse (Stockholms Läns Landsting)
- personinntekt (Finland)

Ofte tas både individdata og aggregerte data i bruk som grunnlag for beregningene. Generelt brukes det mer sofistikerte metoder innenfor land hvor ulike forsikringsordninger konkurrerer om innbyggerne, enn i land der helsetjenesten betjener innbyggerne i et bestemt geografisk område. Det avspeiler at de politiske og juridiske sammenhenger helsetjenesten må operere innenfor, er mer komplekse ved konkurranse. For eksempel gir systemer med konkurranse muligheter for pasientseleksjon («skumme fløten»). Dette kan langt på vei forebygges ved behovsjusterte overføringer.

20.3 Nærmere om metoder for valg av fordelingskriterier

Spesialisthelsetjenesten tar i bruk mange ulike typer innsatsfaktorer: arbeidstid for ulike typer personell, medisiner, innkjøpte tjenester, bygninger og utstyr. Kostnadene er kroneverdien av bruken av innsatsfaktorene. Arbeidstid, innkjøpte tjenester og til en viss grad medisiner har i Norge vært dekket av rammefinansiering, ISF og polikliniske takster til sykehuseier/sykehusene. Bygninger og utstyr har så langt ikke vært fullt ut inkludert i denne finansieringen, men har vært finansiert ved egne bevilgninger hvor staten har dekket deler av utgiftene ved nyinvesteringer. Gjennom statens overtakelse av sykehusene endres dette. Kapital skal aktiveres og avskrives etter regnskaps-

lovens bestemmelser. Større investeringsprosjekter vil fortsatt omfattes av nasjonale beslutninger.

Ulike innsatsfaktorer er utbyttbare. Det kan for eksempel velges å investere i arbeidsbesparende utstyr, og dermed redusere lønnskostnadene. Finanskostnadene og avskrivningene vil da øke. Det kan også velges mellom å investere i bygg eller leie bygningsmasse. Det er en målsetting at foretakene selv finner fram til kostnadseffektive løsningene i bruken av ulike innsatsfaktorer. Kriteriene for fordelingen av overføringene til regionale foretak bør derfor være nøytrale i forhold til de ulike kostnadstypene. Dette gjelder både ved DRG-basert finansiering og rammefinansiering.

Det benyttes ulike metoder for valg og beregning av kriterier for fordeling av behovsbaserte tilskudd. Utgangspunktet er at den pris som utbetales helseforetakene per innbygger skal dekke innbyggerens relative utgiftsbehov. Kjennetegn ved innbyggerne må derfor tas hensyn til når behovet beregnes. I prinsippet bør behovskriteriene, alt annet likt, representere forhold som reelt påvirker tilbøyeligheten til å ta i bruk helsetjenester. I praksis vil det legges vekt på faktorer som bidrar til å forklare forskjeller i forbruksmønsteret mellom ulike bestillerenheter på en statistisk signifikant måte. Et problem som oppstår i slike analyser, er at det kan være vanskelig å skille ut faktorer på tilbudssiden som påvirker forbruket. Nyere statistiske metoder gir imidlertid bedre muligheter til å håndtere dette problemet enn tidligere.

De vanligste kriteriene for fordeling av tilskuddene er demografiske, i første rekke befolkningstall, samt befolkningens alder og kjønnssammensetning. I flere land brukes det som vist ovenfor, også en rekke sosiale kriterier. Kriterier som skal brukes til fordeling bør dessuten ha følgende egenskaper:

- Det må ikke være mulig for regionale helseforetak å påvirke kriteriene. Dersom de kan det, kan resultatet bli ineffektivt. Kriteriet antall liggedøgn vil for eksempel gi insitament til å forlenge liggetiden. Lønnsnivå for helsepersonell som kriterium vil gi økt lønnsvekst fordi regionale helseforetak vil få dekket økte lønnskostnader. Aldersfordelingen i befolkningen er et godt eksempel på et kriterium som regionale helseforetak ikke vil kunne påvirke.
- Kriteriene må være enkelt tilgjengelige og lette å oppdatere. Årsaken er at behovet for helsetjenester endres både som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning og epidemiologi, og som følge av endringer i tilbudet.

I prinsippet er det to metoder som benyttes for å begrunne fordelingskriterier, matrisemetoder og regresjonsbaserte metoder. Utvalget har benyttet begge disse tilnærmingene i sine analyser. Siden resultatene fra matrisemetoden tas som utgangspunkt for de videre analysene, gis den en presentasjon av denne tilnærmingen. Beskrivelsen er basert på Pedersen, Kalseth og Hagen (2002).

Matrisemetoden tar utgangspunkt i forbruksvariasjoner mellom ulike grupper. Ressursene til tjenesten fordeles på ulike befolkningsgrupper ut fra deres andel av forbruket på landsbasis. «Forventet» ressursandel til hver region (gitt behandlingspraksis på landsbasis) kan deretter beregnes ut fra befolkningssammensetningen i den enkelte region. Metoden tar utgangspunkt i faktisk ressursbruk på landsbasis. Metodens styrke er at relativt behov kan utledes og vektes direkte fra forbruksratene, og at metoden tar utgangspunkt i eksisterende prioriteringer og praksis. Svakheter er, for det første, i hvilken grad faktiske forskjeller i befolkningssammensetning gjenspeiler tilsvarende variasjoner i behov. Det vil si om inndelingskriteriene fanger opp de «egentlige» årsakene til forskjeller i forbruk. Metodens andre svakhet er at den ikke korrigerer for udekkede behov (på landsbasis) og heller ikke spesielle behov i avgrensede områder. Metoden og et eksempel er beskrevet i figur 20.1.

Regresjonsbaserte tilnærminger har en annen logikk. Her søkes utgiftsvariasjoner mellom regioner/fylker forklart med utgangspunkt i ett sett variabler, som for eksempel fylkenes inntektsnivå, alderssammensetning, og sosioøkonomiske forhold. Denne tilnærmingen kan benyttes til å avklare om faktorer som ikke kan knyttes direkte til den enkelte pasient, påvirker utgiftsnivået i regionene. Slike forhold kan for eksempel være kostnadsulemper forbundet med innbyggertall og andel av befolkningen bosatt i spredtbygde strøk.

20.4 Fordeling av helseutgifter til somatisk behandling

Utvalget har analysert hvilke kriterier som kan forklare forskjeller i fylkeskommunenes utgifter til somatisk behandling for perioden 1998–2000. I det videre presenteres resultatene av disse analysene og forslag til kostnadsnøkkel.

	Kostnadsfordeling		Kostnadsvekter					
Tjeneste-typer	Utgift 2000	Andel = utgiftsvekt	Kriterium A	Kriterium B	Kriterium C	…	Kriterium M	Sum
Type 1	K_1	k_1	a_1	b_1	c_1		m_1	1,000
Type 2	K_2	k_2	a_2	b_2	c_2		m_2	1,000
Type 3	K_3	k_3	a_3	b_3	c_3		m_3	1,000
…								
Type n	K_n	k_n	a_n	b_n	c_n		m_n	1,000
Sum	8,0 mrd. kroner	1,000	A	B	C	…	M	1,000

→ De *faktiske* utgiftene (K_1, K_2, …) for 2000 fordeles på ulike tjenestetyper (type 1, type 2, …). *Utgiftsvektene* (k_1, k_2, ...) kan deretter beregnes ved at samlede utgifter settes lik 1,000. Tjenestetype 1 kan f.eks. være poliklinisk behandling i voksenpsykiatrien. Utgiftene til dette beløp seg til 780 mill. kroner i 2000 (K_1). Dette tilsvarer en utgiftsvekt på 0,097 (k_1) av de samlede utgiftene på om lag 8 mrd. kroner.

→ For hver *tjenestetype* beregnes deretter kostnadsvekter (a_1, b_1, …, a_2, b_2, …) for ulike kostnadskriterier (kriterium A, kriterium B…). Kriterium A kan f.eks. være innbyggere/pasienter i alderen 19–34 år, og kostnadsvekten f.eks. 0,32. For hver tjenestetype summerer kostnadsvektene seg til 1,000.

→ Samlet kostnadsvekt for hver kriterium kan deretter beregnes ved å summere kostnadsvektene for hvert kriterium (a_1, a_2, a_3 osv. for kriterium A, b_1, b_2, b_3 osv. for kriterium B, osv.), vektet for tjenestetypens andel av de samlede kostnadene (k_1 for a_1, b_1 osv, k_2 for a_2, b_2, osv). Rent teknisk gjøres dette ved å summere produktene av kostnadsandelen (k) for hver tjeneste og kostnadsvekten for den samme tjenesten (a). I eksempelet blir samlet kostnadsvekt for innbyggere 19–34 år (A) lik (0,097*0,32) + (k_2*a_2) + (k_3*a_3) osv. De summerte kostnadsvektene er utformet slik at summen av vektene A til M blir 1,000.

Fordeling på regionene kan deretter beregnes ut fra samlede utgifter avsatt til tjenesten. Kostnadsvekten (A) for innbyggere 19–34 år kan f.eks. være 0,159. Ut fra dette skal 15,9 prosent av utgiftene fordeles på regionene på grunnlag av deres andel av antall innbyggere i alderen 19–34 år. Hvis 15 prosent av innbyggerne i aldersgruppen er bosatt i helseregion Nord-Norge, skal Helse Nord ha følgende andel:

8,0 mrd. kroner * 0,159 (A) * 0,15 = 190,8 mill. kroner

Figur 20.1 Matrisemetoden for beregning av ressurfordeling.

20.4.1 Analyseresultater[1]

Det var betydelig variasjon i utgifter til somatiske sykehus mellom fylkeskommunene. Dette gjenspeiles også på regionnivå. Figur 20.2 viser brutto driftsutgifter per innbygger til somatiske helsetjenester i 2000. Brutto driftsutgifter er definert som summen av fylkeskommunenes netto driftsutgifter til somatiske sykehus (korrigert for gjestepasientstrømmer), sykehusenes inntekter fra ISF, sykehusenes polikliniske inntekter, regionsykehustilskuddene, samt andre øremerkede tilskudd. Utgiftene omfatter med andre ord både fylkeskommunale og statlige utgifter til sykehusene. Utgiftene ved statssykehusene utenom det som er reflektert i gjestepasientoppgjøret inngår ikke i utgiftsbegrepet her. Dette kan bidra til at utgiftsnivået i helseregion sør og øst underestimeres.

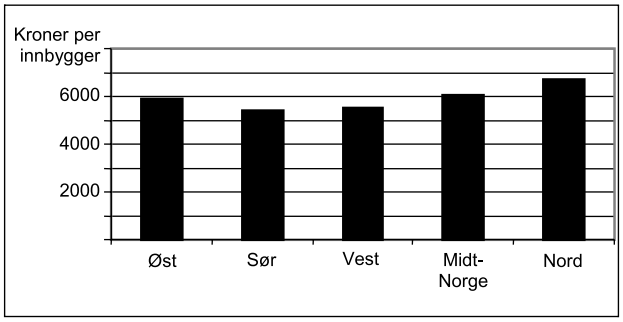
På landsbasis utgjorde brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester i gjennomsnitt 5823 kroner per innbygger i 2000. Helseregion Nord har de høyeste utgiftene med 6680 kroner per innbygger. Utgiftene er lavest i helseregion Sør og Vest. Denne ulikheten er i høy grad videreført etter at staten overtok ansvar og eierskap til sykehusene.

Forklaringene på forskjellene i sykehusutgifter er mange og sammensatte. Magnussen (1995) analyserte fylkeskommunale forskjeller i beregnet utgiftsbehov for somatiske sykehustjenester på oppdrag av Rattsø-utvalget (jf. NOU 1996: 1). I rapporten nevnes fire årsaker til at utgiftsnivået varierer mellom fylkene:

- ulik organisering av sykehustjenestene
- ulik tilgjengelighet av sykehustjenester
- ulik medisinsk praksis
- ulike demografiske, geografiske og sosioøkonomiske forhold som kan gi ulikt behov

Flere ulike aspekt ved organiseringen av sykehustjenestene har betydning for utgiftene. Når det gjelder organiseringen internt i sykehusene, har det de siste årene vært en utvikling i retning av mer bruk av poliklinisk behandling som alternativ til innleggelse. Endringer i teknologi og behandlingsformer har bidratt til at mange kirurgiske inngrep og medisinske utredninger som før krevde innleggelse nå kan gjøres poliklinisk. Det er også variasjoner i hvor stor andel av aktiviteten som skjer ved sykehusene. Dette kan påvirke utgiftsnivået mellom fylker og regioner (jf. diskusjonen av private aktører i kapittel 13).

1. Tallgrunnlaget er ikke dokumentert i kapitlet, men er tilgjengelig ved henvendelse til Helsedepartementet.



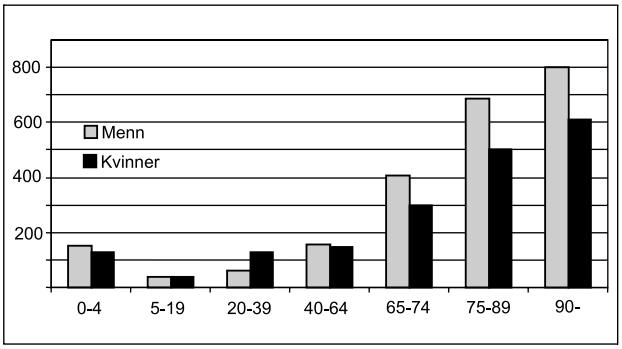
Figur 20.2 Brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester per innbygger, 2000.

I en rekke studier er forholdet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene analysert. Det er godt dokumentert at forhold i kommunehelsetjenesten påvirker det fylkeskommunale ressursbehovet og omvendt. Høy sykehjemsdekning ser for eksempel ut til å gi lavere bruk av sykehustjenester for eldre. Dette skyldes i hovedsak at liggetiden i sykehus reduseres (Hammervold og Jørgensen 1989, Nerland 2000).

Det er videre godt dokumentert at tilgjengelighet påvirker forbruket av sykehustjenester. Thorsvik (1986), Nyland, Kalseth og Petersen (1994) og Nitteberg Sørensen (2000) viser at innbyggerne i nærkommunene oftere bruker poliklinikker til kontroller og øyeblikkelig hjelp enn innbyggere i kommuner lenger unna. Også innleggelsesratene er høyere i vertskommuner for sykehus enn i andre kommuner. Tolkningen av disse resultatene er at tilgjengelighet påvirker etterspørsel etter sykehustjenester, det vil si at forbruket til dels er tilbudsstyrt.

Det er videre god grunn til å tro at forskjeller i tilgjengelighet og medisinsk praksis til dels har skyldtes ulik fylkeskommunal økonomi. Fylkeskommuner med høye inntekter har, i større grad enn fylkeskommuner med lave inntekter, kunnet gi et sykehustilbud med god tilgjengelighet for befolkningen og med avanserte behandlingsmetoder. En studie av Hagen og Sørensen (1995) underbygger denne hypotesen. De har analysert fylkeskommunenes prioriteringer av somatiske sykehustjenester i perioden 1980–1992. Et hovedresultat er at forskjeller i inntektsnivå i stor grad kan forklare variasjonen i sykehusutgifter. Senere studier av Halsteinli m.fl. (2001) bekrefter dette. Det er etter utvalgets syn ingen grunn til å tro at denne sammenhengen ikke gjelder for regionale helseforetak.

Behovet for helsetjenester varierer med demografiske forhold, som befolkningens kjønns- og alderssammensetning. Dette innebærer bl.a. at 80-



Figur 20.3 DRG-poeng per 1000 innbyggere etter kjønn og alder.

Tabell 20.1 Kostnadsnøkkel for helsetjenesten i fylkeskommunene i perioden 1997–2001.

Kriterium	Vekt
Andel innbyggere 0–15 år	0,103
Andel innbyggere 16–18 år	0,029
Andel innbyggere 19–34 år	0,128
Andel innbyggere 35–66 år	0,247
Andel innbyggere 67–74 år	0,138
Andel innbyggere 75 år og over	0,188
Andel dødelighet 0–64 år	0,104
Andel skilte 16–59 år	0,023
Andel enslige og enslige forsørgere	0,040
Sum	1,000

åringer i gjennomsnitt har et høyere sykehusforbruk enn 30-åringer og at kvinner i fertil alder har et høyere sykehusforbruk enn menn i samme alder. Dette går også fram av figur 20.3 som viser DRG-poeng etter kjønn og alder.

I tillegg kan sosioøkonomiske forhold som privat inntekt, sosial status og arbeidssituasjon påvirke sykeligheten og dermed behovet for sykehustjenester. Det foreligger bl.a. flere studier som antyder at sykehusforbruket er høyere i lavere sosiale lag av befolkningen (Nord 1988, Dahl 1995).

Inntektssystemet for regionale helseforetak skal kompensere for forskjeller i utgiftsbehov, ikke for forskjeller i faktiske utgifter. Dette betyr at flere av de forholdene som kan forklare variasjonene i sykehusutgifter ikke er aktuelle som kriterier i inntektssystemet. Det skal for eksempel ikke kompensere for forhold som foretakene kan påvirke selv. Slike forhold kan være ulik medisinsk praksis og produktivitetsforskjeller. Det bør heller ikke kompenseres for forhold i kommunehelsetjenesten som bidrar til økt behov for somatiske sykehustjenester, da dette vil svekke kommunenes insitament til å utvikle et godt behandlingstilbud. Aktuelle kriterier bør begrenses til demografiske og sosioøkonomiske forhold som kan knyttes til forskjeller i behov for sykehustjenester og til strukturelle forhold som gir høye enhetskostnader i produksjonen av sykehustjenester. Bosettingsmønster og reisetid kan være eksempler på det siste.

Kostnadsnøkkelen som ligger til grunn for overføringene til fylkeshelsetjenesten (som omfatter både somatikk, psykiatri og andre tjenester) bestod de siste årene av alderskriterier, samt kriteriene «Andel dødelighet 0–64 år», «Andel skilte og separerte 16–59 år», og «Andel enslige og enslige forsørgere» (jf. tabell 20.1). De to siste faktorene er antatt å skulle fange opp variasjoner i utgiftsbehovet innen psykiatri, barnevern og rusmiddelinstitusjoner.

«Andel dødelighet 0–64 år» benyttes som en samlet indikator for sosioøkonomiske forhold som påvirker forekomsten av sykdom i befolkningen. Sykdomsforekomst påvirker etterspørsel etter sykehustjenester. Det er særlig Oslo, Troms og Finnmark som tradisjonelt har hatt lavere levealder enn andre fylker og som har begrunnet «dødelighetskriteriet» i kostnadsnøkkelen. Kostnadsnøkkelen til fylkeskommunene har ikke hatt kriterier som fanger opp kostnadsvariasjoner som følge av spredt bosetting. Årsaken er at en tidligere ikke har funnet effekter av disse forholdene. Variasjonene i dødelighet mellom fylkene er imidlertid redusert de siste tiårene. Det er videre utviklet indikatorer for variasjoner i reisetid til sykehusene (Kopperud og Iversen 2001). Begge disse forholdene bør derfor underlegges nye analyser.

Analysene av utgifter til somatiske sykehustjenester er basert på brutto driftsutgifter, det vil si summen av fylkeskommunenes netto driftsutgifter til somatiske sykehus (korrigert for gjestepasientstrømmer), sykehusenes inntekter fra ISF, sykehusenes polikliniske inntekter, regionsykehustilskuddene (utenom funksjonstilskuddet), samt andre øremerkede tilskudd. I tillegg inngår utgifter til andre somatiske helsetjenester, inkl ambulanse. Det er grunn til å understreke at det knytter seg en viss usikkerhet til resultatene av analysene.

Innledende regresjonsanalyser viser at fylkeskommunenes bruttoutgifter per innbygger varierer med fylkeskommunenes inntektsnivå per innbygger, antall eldre som andel av den totale befolk-

ningen, og om fylkeskommunen er regionsykehuseier eller ikke. Sammenhengene er som følger:
- Til høyere inntektsnivå fylkeskommunene har, til høyere er også utgiftene, når det er tatt hensyn til andre forhold.
- Tilsvarende øker utgiftene med en høyere andel eldre i befolkningen.
- Fylkeskommuner med regionsykehus har høyere utgifter enn de som ikke har.

Utvalget finner alle disse sammenhengene plausible. Befolkningens størrelse kan i prinsippet påvirke utgiftsnivået for eksempel gjennom muligheten til å hente ut stordriftsfordeler. Analysene viser imidlertid at folketall i fylkene ikke gir stabile effekter på utgiftsnivå.

Det er videre undersøkt effekten av tre typer forhold:
- sosioøkonomiske forhold
- sykelighet
- bosettingsmønster

Sosioøkonomiske forhold: Analyser på individnivå viser sterke sammenhenger mellom sosioøkonomiske forhold og bruk av helsetjenester. En har derfor testet ut effekten av fire sosioøkonomiske indikatorer på variasjoner i fylkeskommunenes brutto driftsutgifter. Indikatorene er andel av befolkningen som:
- kun har grunnskole
- mottar uføretrygd
- mottar sosialhjelp
- er innvandrere.

Innvandrerandelen er operasjonalisert på to måter. Statsborgere fra land utenom Europa og Nord-Amerika bosatt i Norge som andel av totalbefolkningen, og førstegenerasjons innvandrere bosatt i Norge som andel av totalbefolkningen.

Ingen av indikatorene som beskriver sosioøkonomiske forhold ser ut til å påvirke fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester på en stabil måte.

Sykelighet: I en analyse av Magnussen (1995) pekes det på at underliggende forskjeller i sykelighet som skyldes ulike sosioøkonomiske forhold kan ivaretas gjennom å bruke dødelighet som kriterium i kostnadsnøkkelen. Dette gjøres bl.a. i det britiske inntektssystemet for helsesektoren. Dødelighet kan måles på flere måter. Et vanlig mål er såkalte standardiserte dødsrater hvor det korrigeres for forskjeller i befolkningens alderssammensetning, som for eksempel antall døde per 100 000 innbyggere i en definert aldersgruppe. I analysene her er det benyttet to mål på dødelighet:

Tabell 20.2 Døde per 100 000 i aldersgruppen 0–64 år.

Fylke	1984–1993	1998–2000
Østfold	235	208
Akerhus	205	167
Oslo	275	218
Hedmark	232	217
Oppland	223	191
Buskerud	232	195
Vestfold	228	217
Telemark	230	215
Aust-Agder	238	218
Vest-Agder	248	192
Rogaland	214	161
Hordaland	202	164
Sogn og Fjordane	197	158
Møre og Romsdal	201	159
Sør-Trøndelag	224	172
Nord-Trøndelag	205	160
Nordland	233	181
Troms	246	195
Finnmark	297	230
Alle	228	187

- døde per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 0–64 år
- døde per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 40–64 år

Den første variabelen har vært benyttet i kostnadsnøkkelen for fylkeskommuene tidligere. Tabell 20.2 viser variasjoner i dødelighet per 100 000 innbyggere i fylkene i aldersgruppen 0–64 år i perioden 1984–93 (jf. NOU 1996: 1) og perioden 1998–2000.

Utvalget merker seg at alders- og kjønnsstandardisert dødelighet er gått ned i perioden. Finnmark har fortsatt (1998–2000) en dødelighet som ligger betydelig over landsgjennomsnittet, om lag 23 prosent. Resultatet fra analysene på fylkesnivå viser en svak, men signifikant sammenheng mellom dødelighet og utgifter. Inklusjon av dødelighetskriteriet i kostnadsnøkkel påvirker imidlertid ikke fordelingen av forventede utgifter mellom regionene. Dette skyldes at variasjonene i dødelighet reduseres på regionnivå. I Nord-Norge er det for eksempel 193 døde per 100 000 innbyggere i den aktuelle perioden, hvilket bare er svakt over

landsgjennomsnittet. Det er derfor ingen grunn til å ta inn dødelighet som kriterium i kostnadsnøkkelen.

Bosettingsmønster: I analysene er det videre inkludert to variable som ivaretar bosettingsmønster og reiseavstander. Dette er:

- andel av befolkningen bosatt i spredtbygde strøk («spredtbygde strøk» som definert av Statistisk sentralbyrå)
- andel av pasientene ved fylkeskommunenes sykehus som har reisetid over 1,5 timer (reisetidsvariabelen)

Reisetidsvariabelen er basert på to forhold. Reisetid *mellom* kommuner er basert på en variabel utviklet av Kopperud og Iversen (2001). Reisetid *innen* en kommune er beskrevet ved en variabel utviklet av Kommunal og regionaldepartementet, såkalte «personminutter». Data fra Norsk Pasientregister der det for hvert sykehusopphold er oppgitt sykehusets kommune og pasientens bostedskommune er så benyttet for å aggregere reisetidsvariabelen. Tabell 20.3 viser andel pasienter med reisetid over 1,5 timer etter fylke.

Hypotesen er at spredt bosettingsmønster medfører desentralisert sykehusstruktur der mange små sykehus har akuttberedskap. Dette vil antakelig innebære høye kostnader. Lange reiseavstander kan på sin side medføre lengre liggetider siden pasientene ofte må ankomme tidligere. Pasientene kan dessuten bli liggende lengre for å bli bedre i stand til å gjennomføre hjemreisen.

Resultatene viser at spredtbygdhet *ikke* påvirker fylkeskommunenes utgiftsnivå. Utvalget finner derfor ikke grunn til å ta denne faktoren inn i kostnadsnøkkelen. Reisetid til sykehusene påvirker derimot fylkeskommunenes kostnader på en slik måte at utgiftsnivået øker med økende andel av pasientene som reiser mer enn 1,5 timer. Utvalget mener at denne faktoren bør inn i kostnadsnøkkelen.

Lønn og andre arbeidsmarkedsforhold. Det kan diskuteres om regionale lønnsforskjeller skal tas hensyn til. Lønnsforskjeller mellom sykehus kan skyldes interne forhold, som variasjoner i forhandlingsstyrke, eller det kan skyldes eksterne forhold, som regionale ulikheter i arbeidsmarkedet. Det første forholdet er det ikke aktuelt å kompensere for. Når det gjelder regionalt arbeidsmarked, så kan ulikheter i prinsippet kompenseres gjennom inntektssystemet for helseforetakene. Et stramt arbeidsmarked for leger kan for eksempel bidra til å trekke opp lønnsnivået i det aktuelle distrikt. Etter utvalgets syn vil det imidlertid ha uheldige virkninger på fordelingen av leger mellom regionene om slik kompensasjon innføres. Kompensasjon for regionale lønnsvariasjoner er heller ikke vanlig i andre deler av offentlig sektor. Indikatorer på problemer med å skaffe arbeidskraft kan også tenkes som fordelingskriterium. Statistikk fra Sosial- og helsedirektoratet viser større bruk av assistentleger i overlegestillinger ved sykehus i Nord-Norge enn ved sykehus i andre deler av landet. Dette kan tyde på rekrutteringsproblemer og at gjennomtrekk av leger er høyere i Nord-Norge enn i resten av landet.

Enkeltfylker: Analysene viser videre at Oslo har et utgiftsnivå som er høyere enn landsgjennomsnittet når det tas hensyn til inntektsnivået til fylkeskommunene (inkludert Oslo), alderssammensetningen i befolkningen, og sosioøkonomiske forhold. Det har vært et kjent forhold at Oslo historisk

Tabell 20.3 Andel pasienter med reisetid over 1,5 timer. Gjennomsnitt 1998–2000.

Fylke	Andel (prosent)	Fylke	Andel (prosent)
Alle	16,1	Vest-Agder	10,9
Østfold	2,6	Rogaland	8,1
Akerhus	1,8	Hordaland	18,3
Oslo	5,6	Sogn og Fjordane	30,7
Hedmark	19,3	Møre og Romsdal	21,6
Oppland	29,5	Sør-Trøndelag	26,9
Buskerud	11,2	Nord-Trøndelag	29,5
Vestfold[1)]	2,0	Nordland	32,5
Telemark	10,5	Troms	55,3
Aust-Agder	8,0	Finnmark	67,6

1) Tall for Vestfold basert på anslag.

har hatt et høyt forbruk av sykehustjenester. Dette kom også fram i debatten forut for statens overtakelse av sykehusene (jf. Aftenposten Aften, 5. mai 2001):

> «Hun (helsebyråd Ellen Chr. Christiansen (h) – utvalgets anmerkning) krever at helseminister Tore Tønne garanterer Oslos innbyggere at tilbudet ikke blir svekket som følge av sykehusreformen. Grunnen er at Regjeringen skal utjevne de store regionale forskjellene i helsetilbudet – uten å tilføre mer penger. I sykehus-proposisjonen står det at driften av de regionale helseforetakene skal dekkes av uttrekket fra fylkeskommunenes inntektsrammer. – Slik det ser ut, vil de som bruker mest penger på sykehus i dag, tape mest på reformen, sier Christiansen til Aftenposten. (…) Hun er redd for at byen får mindre å rutte med når pengene trekkes inn fra fylkeskommunene og fordeles jevnt utover sykehusene.»

Utvalget finner ingen kriterier som fanger opp forbruksnivået i Oslo. Dette kan skyldes at Oslo kommune har valgt å prioritere de somatiske sykehusene høyt. Utvalget har også merket seg at Oslosykehusene har høyere kostnader per pasient enn landsgjennomsnittet når det er kontrollert for sykehusenes pasientsammensetning (Samdata Sykehus 2001), noe som dels skyldes lange liggetider. Som det er gjort rede for, er det ikke ønskelig å kompensere for variasjoner i produktivitet eller variasjoner i kommunenes helse- og sosialtjenester når det utvikles kostnadsnøkler for regionale helseforetak. Også Finnmark og Troms har historisk hatt høye utgifter. Dette kan skyldes flere forhold, både høye inntekter, lange reiseavstander og høye utgifter til vikarer og vaktberedskap. I analysene fanges imidlertid utgiftsnivået i Troms og Finnmark fullt ut opp av faktorene som er analysert.

20.4.2 Oppsummering

Det er en klar og systematisk sammenheng mellom alder og forbruket av somatiske sykehustjenester. Figur 20.3 viste også at forbruket av sykehustjenester er kjønnsrelatert. Kjønnssammensetningen varierer imidlertid ubetydelig mellom regionene. Utvalget mener derfor at dagens praksis der utgiftsbehovet for somatiske sykehustjenester i hovedsak ivaretas gjennom et sett av alderskriterier, videreføres. Inndelingen av alderskriteriene har tidligere avspeilet fylkeskommunale ansvarsforhold, for eksempel ved at det eksisterer et eget kriterium for aldersgruppen 16–18 år. De nye alderskriteriene tilpasses forbruksvariasjonene slik disse gjenspeiles i figur 20.2. I tillegg til alder, er det dokumentert at reisetid påvirker utgiftsnivået noe. Det foreslås derfor at reisetid tas inn som kriterium og gis en vekt tilsvarende 4 prosent av det beregnede utgiftsbehovet for somatiske helsetjenester. Det foretas en proporsjonal reduksjon i alderskriteriene.

Forslag til kostnadsnøkkel til somatiske helsetjenester er vist i tabell 20.4.

At reisetid gis en vekt på 4 prosent av det beregnede utgiftsbehovet for somatiske helsetjenester innebærer at 4 prosent av utgiftene fordeles på basis av reisetid. Reisetid er operasjonalisert som den andel av fylkeskommunenes pasienter som har reisetid over 1,5 timer. Fordelingen skjer da ved at 4 prosent av utgiftene fordeles etter regionenes andeler av pasienter med reisetid over 1,5 timer. Alderskriteriene benyttes på liknende måte. For eksempel skal 24,8 prosent av utgiftene fordeles til aldersgruppen 75–89 år. Fordelingen skjer da ved at 24,8 prosent av utgiftene fordeles etter regionenes andel av befolkningen i denne aldersgruppen.

Tabell 20.4 Utvalgets forslag til kostnadsvekter for somatiske helsetjenester

Kriterium	Kun aldersvekter	Endelige vekter
Andel innbyggere 0–4 år	0,058	0,056
Andel innbyggere 5–19 år	0,045	0,043
Andel innbyggere 20–39 år	0,169	0,162
Andel innbyggere 40–64 år	0,284	0,272
Andel innbyggere 65–74 år	0,163	0,157
Andel innbyggere 75–89 år	0,258	0,248
Andel innbyggere 90 år og over	0,023	0,022
Reisetid	–	0,040
Sum	1,000	1,000

Utvalgets forslag til vekter gjenspeiler i høy grad aldersfordelingen og sykehusforbruket i de enkelte aldersgrupper av befolkningen. Utvalget merker seg for eksempel at 27,2 prosent av utgiftene skal fordeles etter regionenes andeler i aldersgruppen 40–64 år mens 24,8 prosent skal fordeles etter regionenes andeler i aldersgruppen 75–89 år. At ikke en relativt større del av utgiftene fordeles til den eldste gruppen, skyldes at denne utgjør et betydelig mindre antall personer enn den yngre gruppen.

Tabell 20.5 viser fordelingseffekter av de nye vektene basert på data fra 2000.

Utvalget merker seg at de nye vektene gir noe lavere forventet utgiftsbehov for Helse Øst og Helse Nord enn dagens driftsutgifter skulle tilsi. Når det gjelder Helse Øst er det en viss usikkerhet knyttet til fordelingen av utgiftene ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet utover det som går fram av gjestepasientoppgjøret. Det antas imidlertid at nedgangen i forventede utgifter i forhold til dagens utgiftsnivå i hovedsak har sammenheng med at Oslo kommune har prioritert helsetjenester høyere enn øvrige fylkeskommuner. Når det gjelder Helse Nord skyldes det høye utgiftsnivået i 2000 i første rekke at de nordnorske fylkeskommunene har høye inntekter som følge av eget Nord-Norge-tilskudd og andre distriktspolitiske virkemidler.

20.5 Psykiatriske helsetjenester

Psykiatriske helsetjenester er av flere typer:
- heldøgnsopphold i sykehusavdelinger for voksne
- heldøgnsopphold i andre døgninstitusjoner for voksne
- privatpleie
- dagopphold i institusjoner for voksne
- offentlig poliklinisk virksomhet for voksne
- behandling hos privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer
- heldøgnsopphold ved klinikker for barn og unge
- heldøgnsopphold ved behandlingshjem for barn og unge
- dagopphold i institusjoner for barn og unge,
- poliklinisk behandling for barn og unge.

Det psykiske helsevernet, spesielt tjenester til barn og ungdom, har vært utpekt til et av satsingsområdene i helsesektoren. Det har også vært en betydelig vekst i ressursinnsatsen de siste årene, kf. kapittel 3.

20.5.1 Fordeling av utgifter til psykiatrisk behandling

Samtidig med ønsket om sterkere satsing, har det vært et mål å bygge ut et mer likeverdig psykiatrisk helsetilbud. Tabell 20.6 viser brutto driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern i år 2000. Brutto driftsutgifter er definert som summen av fylkeskommunenes netto driftsutgifter (korrigert for gjestepasientoppgjøret), polikliniske refusjoner og øremerkede tilskudd fra staten. Både utgifter til private og offentlige tjenester inngår.

I 2000 brukte det offentlige i gjennomsnitt 1780 kroner per innbygger til psykisk helsevern. Oslo, Finnmark og Troms skiller seg ut med høyere utgifter enn de øvrige fylkene. Med driftsutgifter per innbygger på 3169 kroner ligger Oslo 78 prosent over landsgjennomsnittet. Når Oslo unntas, er det kun Finnmark og Troms som har et utgiftsnivå over landsgjennomsnittet (henholdsvis 9 og 2 pro-

Tabell 20.5 Forventet utgiftsnivå for somatiske helsetjenester. Dagens utgifter, samt forventet utgiftsbehov med dagens og nye kostnadsvekter. (Prosent av landsgjennomsnitt.)

Regionalt helseforetak	Driftsutgifter 2000	Nye vekter (kun alder)	Nye vekter (alder og reisetid)
Helse Øst	102	101	99
Helse Sør[1)]	97	101	99
Helse Vest	93	97	97
Helse Midt-Norge	102	101	104
Helse Nord	111	99	108
Alle	100	100	100

1) Inkluderer Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Fordeling av driftsutgifter ved disse er gjort skjønnsmessig.

Tabell 20.6 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern, 2000. (Kroner per innbygger.)

Fylke	Offentlige driftsutgifter	Fylke	Offentlige driftsutgifter
Alle	1 780	Vest-Agder	1 471
Østfold	1 421	Rogaland	1 621
Akershus	1 590	Hordaland	1 712
Oslo	3 169	Sogn og Fjordane	1 627
Hedmark	1 509	Møre og Romsdal	1 667
Oppland	1 690	Sør-Trøndelag	1 360
Buskerud	1 655	Nord-Trøndelag	1 587
Vestfold	1 598	Nordland	1 597
Telemark	1 582	Troms	1 811
Aust-Agder	1 638	Finnmark	1 935

Kilde: SAMDATA Psykisk helsevern 2000.

sent over). Lavest utgiftsnivå har Sør-Trøndelag og Østfold, henholdsvis 24 og 20 prosent under landsgjennomsnittet. Når det ses bort fra disse fylkene, er det relativt små fylkesvise forskjeller i utgiftene til psykisk helsevern, varierende fra 1471 til 1712 kroner per innbygger. De relative variasjonene i ressursinnsats er betydelig redusert i løpet av 1990-tallet, først og fremst på grunn av utviklingen i tjenestene for barn og unge (Pedersen og Lilleeng 2002).

20.5.2 Valg av kriterier

Sintef Unimed har fått i oppdrag fra utvalget å komme med forslag til kriterier for fordeling av ikke aktivitetsbaserte inntekter til psykiatrisk helsevern (Pedersen, Kaldseth og Hagen 2002). Sintef Unimeds valg av kriterier har vært et kompromiss mellom hvilke forhold som ut fra rådende kunnskapsstatus antas å være av betydning, og hvilke som på en pålitelig måte lar seg fange opp gjennom offentlig, årlig oppdaterbar statistikk. Generelt har valg av kriterier vært begrenset av krav til tilgjengelighet, oppdaterbarhet og sammenlignbarhet, det vil si mulighet for å koble pasientdata til befolkningsdata. Døgndrift ved institusjoner for voksne står fortsatt for 70 prosent av de offentlige utgiftene til psykisk helsevern. Arbeidet har derfor vært konsentrert om å få fram en korrekt nøkkel for døgnvirksomheten ved disse institusjonene.

Datagrunnlaget for psykiatri er noe bedre enn i somatisk sektor når det gjelder beskrivelse av pasientenes sosiale bakgrunn. Dette skyldes at det med visse mellomrom hentes inn data om pasientpopulasjonens sammensetning. Resultatene fra registreringene gjør det mulig å beregne punktprevalens (antall pasienter på ett gitt tidspunkt) for aktuelle sosiodemografiske og sosioøkonomiske grupper for hver enkelt deltjeneste. Punktprevalens anses velegnet til å fange opp forskjeller mellom ulike befolkningsgrupper med hensyn til bruk av psykiatritjenester, og dermed til beregning av kostnadsvekter. En svakhet ved bruk av prevalenstall er likevel forholdet mellom langtidspasienter og korttidspasienter. Gjennomgående vil kostnad per døgn være høyere ved korttidsopphold enn ved langtidsopphold. Disse data antas likevel å være meget bra og er utnyttet i etableringen av kostnadsvektene for psykiatrien.

Analysene av forbruksmønster er gjort separat for hver av tjenestetypene i psykiatrien. Valg av kriterier har foregått i flere trinn:

1. I første omgang ble pasientrater (pasienter/befolkning) for alle kombinasjoner av de aktuelle demografiske og sosiale faktorer gjennomgått for å avdekke hvilke grupper som i størst grad kunne defineres som merforbrukere av psykiatritjenester.
2. I neste omgang ble antall grupper som kunne defineres som merforbrukere redusert så langt som mulig, uten å tape relevant informasjon.
3. I siste omgang ble de fordelingsmessige virkningene på fylkesnivå beregnet. I mange tilfeller vil det være lite variasjon i befolkningssammensetningen mellom fylkene. Selv om en gruppe har et høyt forbruk av tjenester, trenger ikke dette å gi seg utslag på fordelingen mellom fylkene. På dette grunnlaget ble antall kriterier redusert ytterligere.

Kjønn sto i seg selv for under 0,2 prosent av variasjonen i kostnader, og inngår derfor ikke i kriteri-

ene. Heller ikke innen noen av de sosiale gruppene var forskjellen mellom kjønnene så stor at det var behov for å anvende dette som kriterium. I den endelige modellen valgte man å benytte aldersinndelingen 0–15 år, 16–18 år, 19–34 år, 35–66 år, 67–74 år og 74 år og eldre.

I tillegg ble sosiale kriterier lagt inn i modellen. På dette grunnlaget fant Sintef Unimed fram til følgende grupper som hadde et «merforbruk» innen ulike deler av psykiatrien:

- ugifte 35 år og eldre
- mottakere av uføretrygd 18–39 år
- mottakere av uføretrygd 40–69 år
- mottakere av sosial stønad 18–49 år
- individer med kun grunnskole eller lavere 18–29 år
- individer med kun grunnskole eller lavere 30–59 år

Samlet representerte disse gruppenes merforbruk 40 prosent av de totale kostnadene. De sosiale kriteriene som er valgt bygger ikke på kombinasjoner av sosiale kriterier i befolkningen (for eksempel ugifte menn med uføretrygd). Fordi konsekvensene av eventuell interaksjon mellom ulike sosiale karakteristika på individnivå i befolkningen ikke er kjent, er pasientdata bearbeidet. For eksempel gis en døgnpasient som faller inn i to av befolkningsgruppene ovenfor, halv vekt i hver av befolkningsgruppene når kostnadsvektene beregnes.

Tabell 20.7 viser forslag til alderskriterier og sosiale kriterier (Pedersen, Kalseth og Hagen 2002).

Sintef Unimed har valgt å videreføre alderskriteriene fra perioden før staten tok over ansvar og eierskap for sykehusene. Dette betyr imidlertid lite eller ingenting for fordelingen mellom regionene.

Fordi enkelte deler av landet i større grad enn andre har tilførsel av personer som har eller kommer til å utvikle psykiatrisk lidelser, har Sintef Unimed i sin rapport også vurdert om flytting skal legges inn som kriterium. Det er for eksempel vist at et vesentlig antall pasienter bosatt i Oslo i 1999 vokste opp i andre fylker. Oslo har dermed en netto tilførsel av sosiale og psykiatriske problemer som har startet andre steder. Med utgangspunkt i befolkningen 1. januar 1999 og døgnpasienter i voksenpsykiatri 1. november 1999 har Sintef Unimed beregnet rater for antall pasienter oppvokst i det enkelte fylke per antall innbyggere født i samme fylke, og antall pasienter bosatt i det enkelte fylke per antall innbyggere bosatt i samme fylke. Derved gis det for hvert fylke et uttrykk for forskjell i oppvekstrate og bostedsrate på fylkesnivå. I de tilfeller der pasientenes oppvekstfylke er ukjent, er dette satt lik bostedsfylke. Ettersom dette angår 12 prosent av pasientene, vil resultatene snarere underestimere enn overestimere betydningen av flytting. Med bakgrunn i dette er det utviklet en egen «flyttevekt». Flyttevekten er benyttet for å korrigere pasienttallet i det enkelte fylke.

Tabell 20.7 Forslag til kostnadsvekter for psykisk helsevern.

Kriterium	Vekt	Sum vekter
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	
Sum alderskriterier		0,596
Andel ugifte 35 år og eldre	0,098	
Andel uføre 18–39 år	0,076	
Andel uføre 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 sosiale kriterier		0,404
Sum alle kriterier	1,00	1,000

Med utgangspunkt i utgiftsfordeling etter tjenestetype, og de utvalgte kostnadskriteriene er kostnadsvektene og derved kostnadsnøkkelen for psykiatritjenesten beregnet. Sintef Unimed har laget tre kostnadsnøkler:

- I *modell I* beregnes kostnadsnøkkelen ut fra alderssammensetning og merforbruk knyttet til risikogrupper i befolkningen.
- I *modell II* inngår dessuten virkningen av ulikt flyttemønster i befolkningen og blant pasientene i beregningsgrunnlaget. Gjennomsnittsvekten for flyttekriteriet er satt lik null. En økning for ett fylke medfører dermed en tilsvarende nedgang for andre fylker. Kriteriet er utformet som en tilleggsvekt for hvert fylke. Vekten er standardisert i forhold til totalkostnadene for det psykiske helsevernet. Det antas å foreligge samspill mellom de to settene av faktorer.
- Det er derfor utarbeidet en *modell III*, der betydningen av flytting er redusert med 50 prosent. Sintef Unimed anbefaler at modell III legges til grunn for den framtidige kostnadsnøkkelen.

I modell I utgjør merforbruk (utover gjennomsnittlig forbruk per person) for personer i de sosiale gruppene 40 prosent av totalkostnaden for gruppen. Dette er vesentlig høyere enn for modellen som ble brukt i inntektssystemet for fylkeskommunene, der det tilsvarende tallet var 20,8 prosent. Modell III angir høyest utgiftsbehov for Oslo (26 prosent over landsgjennomsnittet). Lavest utgiftsbehov er angitt for Akershus (20 prosent under landsgjennomsnittet).

Metoden som er brukt fanger så langt ikke opp variasjoner i utgiftsbehov knyttet til ulik kostnadsstruktur. Strukturelle forhold knyttet til bosettingsmønster, reiseavstander og størrelse kan tenkes å ha betydning for tjenestestruktur og enhetskostnader, og dermed for utgifter per innbygger. Sintef Unimed har derfor gjort supplerende analyser med spesielt fokus på eventuelle kostnadsulemper knyttet til størrelse, bosettingsmønster og reiseavstander. Analysene som er gjennomført er såkalte paneldataanalyser, der informasjon om variasjon både mellom fylker og over tid utnyttes. Analysene avdekker ikke variasjon i utgiftsnivå knyttet til strukturelle forhold som størrelse, bosettingsmønster og reiseavstander, og strukturelle indikatorer utover det som er fanget opp gjennom alders-, sosial- og flyttevektene, og innarbeides derfor ikke i forslaget til kostnadsnøkler.

Tabell 20.8 viser fordelingseffekter av de tre ulike modellene.

På fylkesnivå påvirker modell I utgiftsbehovet med fra pluss 13 til minus 9 prosentpoeng i forhold til landsgjennomsnittet. For modell III er utslagene fra pluss 26 til minus 20 prosentpoeng. På helseregionnivå blir utslagene betydelig mindre, henholdsvis pluss 4 til minus 5 og pluss 3 til minus 5 prosentpoeng. Ettersom faktisk ressursinnsats varierer betydelig, og ikke nødvendigvis i takt med behovsberegningene, vil implementering av forslaget likevel medføre en betydelig omfordeling av ressurser, også på regionnivå. Utvalget merker seg at forslaget til kostnadsvekter innebærer omfordeling fra Helse Øst til de øvrige regioner/regionale helseforetak, gitt dagens utgiftsnivå.

Tabell 20.8 Samlede offentlige driftsutgifter til det psykiske helsevernet. Faktisk utgiftsnivå, og forventet utgiftsnivå ut fra kostnadsnøklene. Driftsutgifter per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet. Helseregioner 2000.

Regionalt helseforetak	Drifts-utgifter 2000	Kun alders-kriterier	Modell I (alder + sosiale kriterier)			Modell II (modell I med hel flyt-tevekt)	Modell III (modell I med halv flyttevekt)
			alder	sosialt	totalt		
Helse Øst	116	101	100	103	101	104	102
Helse Sør	89	100	100	108	103	101	102
Helse Vest	94	99	100	88	95	94	95
Helse Midt-Norge	86	100	100	92	97	97	97
Helse Nord	97	100	100	110	104	101	103
Alle	100	100	100	100	100	100	100

20.6 Utgifter til rusmiddelinstitusjoner

I Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) foreslo regjeringen at ansvaret for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot personer på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a (tvangsvedtak) i sosialtjenesteloven, flyttes fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene fra 2004. Fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmisbrukere som var hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, ble omfattet av den statlige overtakelsen alt fra 1. januar 2002. Dette medførte at spesialiserte polikliniske tjenester (som psykiatriske ungdomsteam/rusmiddelteam), og enkelte behandlingsinstitusjoner og behandlingstilbud (avdelinger/avsnitt) ble overført til staten og organisert under regionale helseforetak. Statens klinikk for narkomane på Hov i Søndre Land kommune er for eksempel overført til Helse Øst RHF. Utvalget er bedt om å utvikle kostnadsnøkler for rusmiddelinstitusjonene som fra 2004 omfattes av spesialisthelsetjenesten.

Det er godt dokumentert at det er sterke sammenhenger mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, grupperer personer som både har psykiske lidelser og misbruksproblemer i tre:

1. psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler
2. misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon
3. vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse

Meldingen plasserer ansvaret for gruppe 2 innen tiltak for rusmiddelmisbrukere, mens den psykiatriske spesialisthelsetjenesten må ta et hovedansvar for behandling av gruppe 1 og 3. Begrepet «dobbeltdiagnose» bør reserveres til den siste gruppe 3. Pasienter i denne gruppen faller lett mellom og/eller utenfor tiltak både for rusmiddelmisbrukere og i psykisk helsevern, og blir ofte gående uten et egnet behandlingstilbud. Det anslås at over 4000 personer har kombinasjonen av ulike alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som det ikke er egnede behandlingstiltak for. Videre anslås det at over 20 000 misbrukere i ulik grad har psykiske lidelser. Det påpekes at det er store mangler i behandlingstilbudet, og at det er nødvendig å utvikle varierte tilbud fra spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunale og kommunale tiltak. Kartleggingen har vist at om lag 30 prosent var uten egen bolig, og at det også er store mangler i kommunenes oppfølgingstilbud. Statens helsetilsyn fulgte opp St.meld. nr. 25 (1996–1997) med en utredning om «personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk» (utredning nr. 10–2000, publikasjonsnummer IK-2727). Det tidligere Sosial- og helsedepartementet har fulgt opp Helsetilsynets utredning i rundskriv I-36/2001, som er en ramme for utvikling av tjenestetilbudet med fokus på samarbeid, jf. også St.prp. nr. 63 (1997–1998) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

Rusmiddelmisbruk kan også medføre alvorlige somatiske helseproblemer. Sammenhengen mellom alkoholmisbruk og helseproblemer er vel kjent, selv om den kan være undervurdert.

Utvalget er, som nevnt, bedt om å utvikle kostnadsnøkler for den delen av rusmiddelomsorgen som tillegges regionale helseforetak. Det er ved utgangen av 2002 imidlertid ikke i detalj klarlagt hvor store deler av den fylkeskommunale rusmiddelomsorgen som skal overtas av staten. Det er antagelig heller ikke mulig å skille ut de delene som staten overtar i kommuneregnskapene og underlegge disse særskilte analyser. På bakgrunn av tidligere analyser som dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser, vil imidlertid utvalget tilrå at kostnadsnøkkelen for psykiatri også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen.

20.7 Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell

Utvalget har gitt en diskusjon av spørsmålet om overføringer av utgiftene til syketransport of skyss av helsepersonell i kapittel 16.

Dersom disse utgiftene overføres til regionale helseforetak, bør det på lang sikt etableres kriterier i inntektssystemet som tar hensyn til variasjoner i transportbehovet mellom ulike landsdeler. På kort sikt bør eventuell fordeling av ressursene til regionale helseforetak skje på basis av historiske kostnader. Overføring av disse utgiftene innebærer også at regionale helseforetak overtar en ordning som har vokst betydelig i flere år, og ut over veksten ellers i spesialisthelsetjenesten. Forslaget i seg selv forventes å gi samordningsgevinster og derfor lavere utgifter på sikt enn det som ellers ville vært tilfelle. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mellom stat og foretak, mener utvalget at det bør gis en

særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette.

20.8 Utvalgets samlede vurdering

Utvalget har merket seg at de fleste land i Europa nå finansierer hele eller store deler av helsetjenestene ved at de organer som er bestillere av helsetjenester får tildelt et tilskudd avhengig av behovene ved den befolkning eller de pasienter disse organene har ansvaret for. Utvalget vil understreke at det benyttes ulike metoder for valg og beregning av kriterier for fordeling av behovsbaserte tilskudd. Utgangspunktet er at den pris som utbetales helseforetakene per innbygger skal dekke innbyggerens relative utgiftsbehov. Kjennetegn ved innbyggerne må derfor tas hensyn til når man beregner behovet. I prinsippet bør behovskriteriene, alt annet likt, representere forhold som reelt påvirker tilbøyeligheten til å ta i bruk helsetjenester.

Utvalget har valgt å utvikle separate kriterier eller kostnadsvekter for fordeling av ressurser til somatiske helsetjenester, psykiatriske helsetjenester, rusmiddelomsorg og transport. Dersom det er ønskelig, kan disse samordnes. Hvorvidt dette bør gjøres vil bl.a. avhenge av om staten i framtida velger å finansiere deler av spesialisthelsetjenestene gjennom stykkprisordninger som ISF.

Når det gjelder somatiske helsetjenester, viser analyser som er gjort, en klar og systematisk sammenheng mellom alder og forbruket av somatiske sykehustjenester. Utvalget mener derfor at dagens praksis der utgiftsbehovet for somatiske sykehustjenester i hovedsak ivaretas gjennom et sett av alderskriterier, videreføres. I tillegg til alder, er det dokumentert at reisetid påvirker utgiftsnivået noe. Det foreslås derfor at reisetid tas inn som kriterium og gis en vekt tilsvarende 2 prosent av det beregnede utgiftsbehovet for somatiske helsetjenester. Forslag til kostnadsnøkkel til somatiske helsetjenester er vist i tabell 20.9.

Tabell 20.9 Utvalgets forslag til kostnadsvekter for somatiske helsetjenester.

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 over	0,022
Reisetid	0,040
Sum	1,000

Tabell 20.10 Utvalgets forslag til kostnadsvekter for psykisk helsevern.

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	0,098
Andel uføre 18–39 år	0,076
Andel uføre 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	1,00

For psykiatrien har utvalget valgt å benytte en modell basert på alders- og sosiale kriterier. I tillegg er det dokumentert at et kriterium som beskriver flytting på en god måte fanger opp ressursbehov. Dette kriteriet benyttes for å korrigere fordelingsgrunnlaget for psykiatrien. Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykiatrien er som vist i tabell 20.10.

På bakgrunn av tidligere analyser som dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser, vil utvalget tilrå at kostnadsnøkkelen for psykiatri også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen.

Ved en eventuell overføring av utgiftene til syketransport til regionale helseforetak, bør det på lang sikt etableres kriterier i inntektssystemet for regionale helseforetak som tar hensyn til variasjoner i transportbehovet mellom ulike landsdeler. På kort sikt bør eventuell fordeling av ressursene til regionale helseforetak skje på basis av historiske kostnader. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mel-

lom stat og foretak, mener utvalget at det bør gis en særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette.

Utvalgets forslag til nye kostnadsvekter vil innebære endringer i fordelingen mellom regionene. Resultatene viser at forventet utgiftsbehov i Helse Øst er noe lavere enn dagens utgifter skulle tilsi når det gjelder somatikk, og betydelig lavere når det gjelder psykiatri. For Helse Nord viser de nye kostnadsnøklene noe lavere utgiftsbehov enn dagens nivå når det gjelder somatikk og noe høyere når det gjelder psykiatri. For Helse Sør, Vest og Midt-Norge er forventet utgiftsbehov med de nye vektene noe høyere enn tidligere antatt. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til denne type analyser. Utvalget anbefaler derfor at departementet arbeider videre med kostnadsnøklene i 2003 med sikte på innføring av nye kostnadsnøkler fra 2004. I denne sammenheng anbefaler utvalget bl.a. at utgiftsvariasjoner innen psykiatrien analyseres med utgangspunkt i variasjoner i reisetid. Også variabler som beskriver etnisitet bør underlegges en nærmere analyse.

Uavhengig av resultatene av nye analyser, må det etableres overgangsordninger som sikrer helseregionene mot raske endringer i inntektsnivået.

Det vises også til en mindretallsmerknad som er presentert i kapittel 21.

Del V
Utvalgets tilråding

Kapittel 21
Utvalgets tilråding om framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten

1. januar 2002 overtok staten eierskapet og ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Ett regionalt helseforetak for hver av de fem eksisterende helseregionene ble tillagt et såkalt *sørge for*-ansvar for befolkningen i den enkelte region. I forbindelse med overtakelsen skjedde det bare mindre endringer i finansieringen av spesialisthelsetjenestene. Alt i forbindelse med framlegging av forslag til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Lov om helseforetak, varslet imidlertid Stoltenbergregjeringen at den ville foreta en bred gjennomgang av eksisterende finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten. Behovet for en nærmere gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringen ble videre omtalt i Samarbeidsregjeringens forslag til statsbudsjett for 2002, St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 4 (2001–2002). Ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002 nedsatte Samarbeidsregjeringen deretter et utvalg som skulle komme med forslag til finansieringssystem. I dette kapitlet beskriver utvalget sine tilrådinger om endringer i finansieringssystemet.

Utvalgets tilrådinger er basert på den valgte foretaksmodellen, samt de verdier og målsettinger som er oppsummert i kapittel 7:

1. *Høy faglig standard på pasientbehandlingen*, som innebærer tidsmessige metoder og høy kvalitet både i diagnostikk, behandling, omsorg og andre tjenester.
2. *God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester*, som innebærer tilfredsstillende akuttberedskap og forsvarlige ventetider til planlagt (elektiv) behandling.
3. *Likhet*, som innebærer at det skal være likeverdig behandlingstilbud for en bestemt tilstand, uavhengig av kjønn, alder, bosted, sosial status og betalingsevne.
4. *Valgfrihet*, som innebærer realisering av pasientens lovfestede rett til å velge mellom alternative tilbydere, også private.
5. *Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling*, som innebærer at medisinsk og pleiefaglig forskning og utdanning holder internasjonalt nivå, og at helsepersonellet til enhver tid er faglig oppdatert.
6. *Kostnadskontroll*, som innebærer samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader.
7. *Kostnadseffektivitet*, som innebærer at det ikke sløses og at innsatsfaktorene i behandlingskjeden verdsettes og benyttes i henhold til sin samfunnsøkonomiske verdi.
8. *Prioriteringseffektivitet*, som innebærer både at helsetjenestene ytes i et omfang som er samfunnsmessig ønskelig, det vil si at nytten for samfunnet vurderes som høyere enn kostnadene, og at sammensetningen av tjenestene avspeiler helsepolitiske målsettinger innenfor tildelte økonomiske rammer.
9. *Forutsigbarhet*, som innebærer at økonomiske virkemidler som for eksempel priser og aktivitetskrav ikke endres underveis i budsjettåret.
10. *Enkelhet og gjennomsiktighet*, som innebærer at finansieringssystemet er forståelig og legger til rette for utvetydig ansvarsplassering.

Ulike verdier og målsettinger står ofte i konflikt med hverandre. Hvilke finansieringsløsninger som velges vil derfor være basert på avveininger mellom de ulike målene.

Utvalgets tilrådinger er basert på den valgte foretaksmodellen. Utvalget har i tillegg basert sine tilrådinger på forventede endringer i pasientrettighetene som innebærer (1) at fastlegene kan henvise pasienter både til offentlige sykehus og til private sykehus som har avtale med regionale helseforetak og (2) at det innføres individuelle tidsfrister ved elektiv behandling. Ved eventuelle brudd på tidsfristen oppstår en sekundær rett til behandling som innebærer at pasienten vil kunne kreve behandling hos alternative helsetjenestetilbydere betalt av regionalt helseforetaket for den regionen pasienten hører hjemme i, jf. beskrivelsen i kapittel 4.

Utvalget deler sine tilrådinger i to hovedgrupper:

– Tilrådinger om finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, det vil si av pasient-

behandling ved offentlige og private sykehus. Som hovedregel vil disse tilrådingene gjelde finansieringssystemet mellom regionale helseforetak og institusjoner som framskaffer helsetjenester.
– Tilrådinger om finansiering av regionale helseforetak. I praksis vil dette gjelde finansieringssystemet mellom staten og regionale helseforetak, herunder også forskning og undervisning, transport og kapital. Flere av utvalgets forslag til finansieringsmodeller mellom staten og regionale helseforetak vil også være mulig å benytte mellom regionale helseforetak og de institusjoner som framskaffer helsetjenestene.

21.1 Finansiering av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver

Rolle og myndighet for regionale helseforetak

Utvalget vil understreke den sentrale rollen regionale helseforetak har i den nye styringsstrukturen. At regionale helseforetak er tillagt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region, innebærer at de har en myndighetsoppgave. Som en konsekvens av denne oppgaven overtok regionale helseforetak alle eiendommer og andre formuesposisjoner som var knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten, og trådte inn i avtaler som fylkeskommunene hadde med offentlige og private leverandører av helsetjenester, serviceytelser og annet.

I kapittel 8 har utvalget diskutert to alternativer til dagens styringsmodell, en modell der kommunene overtar bestilleransvaret for hele spesialisthelsetjenesten og en modell der staten oppretter en separat bestillerorganisasjon for helsetjenester. Kommunemodellen har etter utvalgets mening gode egenskaper med hensyn til å skille rollene som bestiller og utfører, samt å sikre en bedre integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På den annen side vil en slik modell sannsynligvis forutsette endringer i kommunestrukturen idet dagens kommuner er for små til å håndtere variasjoner i utgifter forbundet med variasjoner i pasientmengden. Siden det ligger utenfor utvalgets mandat å anbefale denne type strukturendringer, velger utvalget ikke å utrede denne modellen videre, men vil i stedet foreslå at det etableres forsøksordninger med tanke på å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

En separat statlig bestillerenhet vil også skape en større organisatorisk avstand mellom bestiller og utfører. Internasjonale erfaringer med denne type modeller er imidlertid blandede, og det er usikkert hvordan en modell som er basert på et slikt skille vil fungere. Utvalget vil også poengtere at denne modellen fokuserer mer på organisatoriske løsninger enn finansielle.

Ifølge utvalgets mandat er et siktemål med utredningen «at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten». Utvalget legger derfor følgende prinsipp til grunn for sine videre tilrådinger:

Hovedprinsipp 1: Samlet avtaleansvar
- Sørge for-ansvaret innebærer at regionale helseforetak som hovedregel blir avtalepartner med offentlige og private aktører som leverer offentlig finansierte spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Utvalget skriver «som hovedregel» fordi det kan være aktuelt å benytte en annet bestillerenhet i tilfeller der det har skjedd brudd på individuelle tidsfrister for pasientbehandling ved elektiv behandling, jf. kapittel 4. Når det oppstår en sekundær rett til behandling, vurderer utvalget det slik at det regionale foretaket ikke har oppfylt sitt sørge for-ansvar. Det bør derfor overlates til en annen institusjon å inngå avtaler på vegne av disse pasientene. En nærmere diskusjon av dette følger senere i dette kapitlet.

I utvalgets mandat er det understreket at Samarbeidsregjeringen vil utrede et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester, samt drøfte hvordan ulike finansieringsmodeller kan bidra til å understøtte bruk av et slikt skille. Utvalgets forståelse er at et slikt skille kan være viktig bl.a. for å likestille private og offentlige tilbydere av helsetjenester. Utvalgets syn er at dette skillet i første omgang må ivaretas av de rutiner og arbeidsformer som benyttes av regionale helseforetak. Utvalget har i denne sammenheng også diskutert om et organisatorisk skille mellom en bestiller- og en utførerenhet innad i regionale helseforetak kan bidra til et slikt skille. Utvalget er imidlertid usikker på hvordan et slikt skille vil fungere, og vil derfor ikke fremme et eget forslag om å etablere organisatorisk skille innad i regionale helseforetak. Regionale helseforetak må få en prøvetid for å vise at de klarer å håndtere rollekonflikten mellom å

være bestiller og eier/utfører. Dersom dette ikke lykkes etter noe tid må et større organisatorisk skille vurderes som et neste skritt.

Kontrakts- og avtaletyper

Regionale helseforetak inngår avtaler og kontrakter med flere typer enheter, både offentlige og private sykehus, private spesialister, laboratorier og røntgeninstitutter. Avtalene vil omfatte ulike typer av tjenester, både pasientbehandling, forskning og undervisning, og flere typer serviceytelser. Utvalget har i denne sammenheng diskutert hvilke typer kontrakter som skal kunne benyttes, og om det skal benyttes statlig fastsatte eller lokale priser.

Utvalget vil i utgangspunktet understreke at kontrakter og avtaler som gir sterke insentiver til kostnadseffektiv drift kan gi svake insitament til kvalitet i tilfeller der kvalitet er vanskelig å måle. Sterke insentiver til kostnadseffektiv drift kan også gi tilbydere av helsetjenester insitament til å drive pasientseleksjon, for eksempel ved at pasienter med høye kostnader innen en bestemt DRG ikke får behandling. Dette er forhold som må vurderes når avtaler skal inngås. Utvalget bemerker i denne sammenheng også at det er en vanskelig balansegang å bruke et stykkprissystem slik at innsats belønnes uten at fokus på lønnsomhet blir for stort i helsetjenestens utøvende ledd. Den gode balanse ligger i at finansieringssystemet setter en ramme rundt sykehusene som fremmer en bedriftskultur der pasientene blir behandlet effektivt, mens det samtidig i enhver behandlingsmessig sammenheng er de faglige premissene som rår. I tillegg skal det være betydelig rom for å kunne møte pasienten med ressurser og tid som gir trygghet i behandlingssituasjonen, både for pasient og behandler.

Utvalget legger videre vekt på behovet for fleksibilitet i finansieringen av helseforetakene. Av hensyn til forskjeller både mellom de ulike regionene og mellom helseforetak i samme region, er det viktig at regionale helseforetak selv kan avgjøre hvordan prisene på helsetjenester utformes. Regionale helseforetak må kunne operere med ulike *enhetspriser* og ulike *stykkprissatser* overfor ulike sykehus. Utvalget foreslår derfor følgende når det gjelder mulighet regionale helseforetak skal ha til å velge avtale- og kontraktstyper og til å fastsette priser:

Hovedprinsipp 2: Fri prissetting (jf. kapittel 8)

- Regionale helseforetak stilles fritt i valg av avtale- og kontraktstyper i forhold til tilbydere av helsetjenester og andre ytelser og tjenester som inngår i ansvarsområdet til regionale helseforetak. De stilles videre fritt i fastsetting av enhetspriser og eventuelle stykkprissatser for disse tjenestene.

På denne måten får regionale helseforetak virkemidler til å håndtere lokale variasjoner i ventetider og lokale prioriteringer.

Generelt om videreutvikling av prissystemer og finansieringsordninger for pasientbehandling

Utvalget har gjennom sitt arbeid vurdert ulike finansieringssystemer i forhold til ordinære somatiske helsetjenester, habilitering og rehabilitering, psykiatriske helsetjenester, og høyspesialisert behandling, kf. kapitlene 8–12. På flere av disse områdene skjer det endringer i mange land. Den generelle trenden er at finansieringssystemer der det betales for utførte enkelttjenester erstattes av systemer der behandling finansieres etter diagnose (for eksempel DRG), behandlingsprogram eller hele behandlingsforløp. Begrunnelsen for disse endringene er både ønske om å dempe kostnadsvekst som følge av tilbudsindusert etterspørsel og ønske om å oppmuntre helsetjenesten til å utvikle sammenhengende behandlingskjeder. Utvalget legger liknende prinsipper til grunn for sine tilrådinger. Utvalget ønsker en utvikling vekk fra finansiering av selvstendige tjenester over til finansiering av diagnoser, behandlingsprogram og behandlingsforløp. Utvalget understreker imidlertid at full effekt av et slikt system ikke vil oppnås så lenge ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten er delt.

Hovedprinsipp 3: Behovsbasert finansiering (jf. kapittel 9)

- Finansieringssystemene i helsetjenestene skal utvikles bort fra systemer basert på betaling for utførte enkelttjenester og over til systemer der behandlingen finansieres etter diagnose (for eksempel DRG), behandlingsprogram eller behandlingsforløp.

Utvalget har i kapittel 9 gjennomført en bred evaluering av ISF og andre finansieringssystemer innen somatisk sektor. Utvalget mener at erfaringene med bruk av DRG i hovedsak er gode, og anbefaler at DRG-systemet med tilhørende kostnadsvekter fortsatt benyttes som pasientklassifiserings- og prissystem for somatisk pasientbehandling. ISF har bidratt til økt aktivitet, økt teknisk effektivitet, og har så langt ikke gitt dokumenterte endringer i kvalitet. Så langt er det heller ikke dokumentert vridningseffekter i forhold til aktiviteter som ikke stykkprisfinansieres, for eksempel psykiatri, habi-

litering, forskning og undervisning. At dette ikke er dokumentert, trenger imidlertid ikke bety at slike vridninger ikke har funnet sted. Utvalget har fått flere henvendelser som tyder på at tjenester som verken er omfattet av DRG-finansiering eller bestemte opptrappingsplaner, for eksempel kreft og psykiatri, er blitt nedprioritert. Videre analyser av disse forholdene er ønskelig.

Selv om DRG-basert finansiering har svakheter, mener utvalget samlet sett at DRG-systemet bør videreføres som grunnlag for finansiering av somatisk pasientbehandling.

Forslag 1 (jf. kapittel 9 og 10)

- Alle som yter spesialisthelsetjeneste med offentlig finansiering benytter DRG-systemet eller det eller de kode- og klassifiseringssystem som staten til enhver tid har bestemt skal gjelde for sektoren.

Utvalget har videre drøftet hvem som bør ha ansvaret for å videreutvikle DRG-systemet. To forhold trekker i retning av at dette bør forbli en sentral statlig oppgave:

1. DRG-systemet vil være et fellesgode som det er hensiktsmessig at et sentralt organ tar ansvar for.
2. Staten har et redskap til å følge aktivitet og kostnadsutvikling i sektoren.

Utvalget foreslår følgende:

Forslag 2 (jf. kapittel 9)

- Det skal fortsatt være et statlig ansvar, på sentralt nivå, å videreutvikle pasientklassifiseringssystemer (som DRG-systemet) i tråd med den medisinske og kostnadsmessige utviklingen, bl.a. gjennom oppdatering av kostnadsvektene i systemet.

Sett i sammenheng med prinsipp 2 om fri prisdannelse, innebærer dette at DRG-systemet blir et nasjonalt klassifiserings- og referanseprissystem. Systemet kan benyttes av regionale helseforetak i forbindelse med målestokk- og anbudskonkurranser, og av staten til å følge aktivitet, prioriteringer og kostnadsutvikling i den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Av flere grunner er det viktig at legitimiteten til systemer for pasientklassifisering og referansepriser er høy. Dette gjelder særlig i situasjoner der systemet direkte brukes som grunnlag for avtaler om aktivitet og økonomi ved det enkelte sykehus. Tilbakemeldinger fra sykehusene og regionale helseforetak tyder på at økt legitimitet kan skapes ved at arbeidet med å videreutvikle disse systemene må forankres bedre i de regionale helseforetak og sykehusene. Etter utvalgets syn må derfor regionale helseforetak i langt høyere grad involveres i utvikling og drift av et felles kode- og klassifiseringssystem for spesialisthelsetjenesten.

En annet viktig forutsetning for legitimitet er høy grad av forutsigbarhet. Utvalget mener derfor at de følgende retningslinjer bør legges til grunn for utvikling og vedlikehold av systemene:

Forslag 3 (jf. kapittel 9)

- Oppdatering av kostnadsvektene i DRG-systemet og eventuelt andre liknende systemer bør skje jevnlig. Kostnadsvektene og tilhørende priser må være kjent for helseforetakene i god tid og senest seks måneder før nytt budsjettår. Kostnadsvekter og enhetspriser bør ikke endres i løpet av budsjettåret.

Med økt fokus på treffsikkerheten og omfanget av refusjonssystemene blir det viktig å sørge for at det settes av tilstrekkelige ressurser til utvikling og vedlikehold av systemene.

Behov for et enhetlig klassifiseringssystem for somatisk pasientbehandling

I tillegg til DRG-systemet benyttes flere systemer som basis for finansiering av somatisk pasientbehandling: Sykehusenes polikliniske virksomhet og private spesialister finansieres gjennom egne takstsystemer administrert av Rikstrygdeverket. Disse ordningene baseres på registreringer av virksomheten som er ulik den som finnes i DRG-systemet. Det er også variasjoner mellom takstsystemet for offentlige poliklinikker og private spesialister. Dette fører til at det ikke er mulig å få en enhetlig oversikt over aktivitetene i og utenfor sykehus. Manglende informasjon om behandlingsaktivitet gjelder særlig private spesialister. På denne bakgrunn blir det vanskelig å drive planlegging av behandlingsaktivitetene. Dette gjelder både for utvikling av behandlingsprogrammer for pasientene og for valg av de helseprodusenter som tilbyr beste kombinasjon av pris og kvalitet. Presentasjon av én statistikk som omfatter all behandling i spesialisthelsetjenesten, er ikke mulig i dag. Utvalget foreslår derfor at det utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for somatisk spesialisthelsetjeneste. Pasientopplæring må inkluderes i systemet. Hovedformålet er å utvikle et felles system for ulike deler av tjenesten – inneliggende behandling, poliklinisk virksomhet og behandling hos private spesialister – samt i større grad å utvi-

kle systemet for ikke-kirurgisk behandling (jf. kapittel 9.3):

Forslag 4 (jf. kapittel 9)

- Det må utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for all somatisk spesialisthelsetjeneste som inkluderer medisinske prosedyrer og all aktivitet ved poliklinikker og hos private spesialister.

Rehabilitering og habilitering

Rehabilitering og habiliteringstjenestene omfatter stadig flere pasienter.

Utvalget har ikke funnet utredninger eller analyser som dokumenterer at habilitering og rehabilitering er et område som taper i kampen om ressursene i helsesektoren, men mener likevel på bakgrunn av henvendelser og dialog at det finnes tegn på dette. Særlig innen habilitering av funksjonshemmede barn og voksne, samt deler av rehabiliteringsområdet, skjer behandlingen uten innleggelser i sykehus, fordi mye av tjeneste ytes poliklinisk og/eller ambulant. For poliklinisk behandling er det begrenset hvor ofte en takst kan utløses, slik at pasienter med store behov kan framstå som utgiftsposter som gir dårlig inntjening. Utvalget er klar over at ressurser til behandling av pasienter med store behov for habilitering eller rehabilitering ofte nedprioriteres som følge av dette.

Fordi rehabilitering omfatter pasienter med svært ulike diagnoser, og med bakgrunn i at årsakvirkningsforholdene er mer komplekse enn i øvrig somatisk behandling, mener utvalget at utvikling av et eget klassifiseringssystem for rehabilitering kan være et alternativ. Utvalget er for eksempel kjent med at det i USA er utviklet et finansieringssystem som bedre reflekterer variasjoner i pasienttyngde for rehabiliteringspasienter, og mener det er viktig å bruke internasjonale erfaringer i en videreutvikling av finansieringen av rehabilitering.

Forslag 5 (jf. kapittel 9)

- Det utvikles en diagnosebasert, aktivitetsavhengig finansiering for rehabilitering.

Diagnosebasert finansiering av rehabilitering, vil som hovedregel ikke omfatte finansiering av habilitering av funksjonshemmede. I dag finansieres en liten del av habiliteringstjenesten gjennom polikliniske takster og ISF, mens størstedelen av tjenestene rammefinansieres. For disse gruppene er det etter utvalgets syn ønskelig å utvikle et system som i høyere grad er basert på finansiering av behandlingsprogram eller pasientforløp. Dette kan legge til rette for en utadrettet og ambulant tverrfaglig tjeneste. Slike behandlingsprogram må omfatte flere elementer, for eksempel behandling, opptrening og opplæring av pasient og pårørende. Vanskelighetene med finansiering av så vel behandlingsprogrammer som pasientforløp bunner først og fremst i mangel på data om enkeltpasienters behov og manglende data om kostnader som påløper over tid. I tillegg omfatter behandlingen ofte aktiviteter der ansvarsforholdene mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er uklare, og der flere ulike etater og fagfelt er involvert. Forslaget forutsetter derfor en betydelig innsats med å registrere og kostnadsberegne hva som faktisk gjøres med pasienter innenfor habiliteringstjenesten i dag. I tillegg må det foretas en vurdering av hvilke tjenester man ønsker å oppmuntre til.

Forslag 6 (jf. kapittel 9)

- Det settes i gang arbeid med å utvikle og kostnadsberegne behandlingsprogrammer for habiliteringstjenestene.

På sikt er det mulig at rehabiliteringsområdet kan inngå i et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for all somatisk spesialisthelsetjeneste. Utvalget ser imidlertid at et utviklingsarbeid må gjøres før man er nådd så langt.

Psykisk helsevern

Finansiering av psykisk helsevern er av flere årsaker mer komplisert enn finansiering av somatiske helsetjenester. Så langt har ikke Norge, eller andre land, et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykiske helsetjenester utover takstsystem for poliklinisk virksomhet. Utvalgets gjennomgang i kapittel 10 viser at stort sett alt psykisk helsevern i Norge i dag rammefinansieres. Utvalget vil peke på at dette, sammen med omfattende stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester, stiller store krav til målstyring, oppfølgning og kontroll for å sikre at ressursbruken ikke vris fra psykiatri til somatikk. Dette gjelder uavhengig av om staten velger å øremerke ressurser til psykisk helsevern eller ikke. Som et supplement kan regionale helseforetak i større grad velge å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester for å gi helseforetakene insitament til å opprettholde ressursbruken på psykiatri. Utvalget mener at en slik virkemiddelbruk kan bidra til å nå den viktige helsepolitiske målsetningen om økt aktivitet innen psykiatrien. I tillegg vil utvalget peke på at regionale helseforetak gjennom prissystemet kan vri ressursbruken internt

innen psykiatrien, slik at for eksempel behandlingstilbudet desentraliseres.

Beskrivelsen av psykisk helsevern har illustrert at det i dag skjer framvekst av polikliniske tilbud og andre dagbehandlingstilbud organisert under en poliklinikkfunksjon. I denne sammenheng vil utvalget anbefale at det utvikles en helhetlig finansiering av all dag- og døgnbehandling, i stedet for å videreføre dagens skille mellom poliklinisk aktivitet og dagbehandling. Dette fordrer en klassifisering og ressursmessig vekting av ulike behandlingsregimer. Det bør tilstrebes å utvikle et system som er godt nok til å tas i bruk senest når opptrappingsplanen for psykiatri avsluttes i 2007, gjerne allerede i 2006. Et slikt system er en utfordring å få på plass. Også på dette området vil det være et spørsmål om å finne et system som er godt nok og anvende dette med fornuft.

Forslag 7 (jf. kapittel 10)

- Det utvikles snarest mulig et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av både poliklinisk virksomhet og dag- og døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusomsorg.

Utvalget erkjenner at det er stor utfordring å utvikle et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykiske helsetjenester både for dag- og døgnbehandling. Utvalget vil imidlertid påpeke at slike aktivitetsbaserte finansieringsordninger er i ferd med å utvikles i flere land og at det er viktig å bruke erfaringene derfra.

Legemidler

Finansieringen av legemidler med omfattende tredjepartsfinanisering, der utgiftene initieres både av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men i stor grad betales av folketrygden, kunne tilsi en større endring av ansvarsforholdene. En samling av ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og en overtakelse av de samlede legemiddelutgiftene kunne da vurderes. Dagens organisering innebærer delt ansvar for primærhelsetjenesten og spesialisthelse-tjenesten. Det ligger derfor etter utvalgets vurdering alt i alt lite til rette for at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for legemiddelutgiftene. Utvalget tilrår ingen endringer på legemiddelområdet i samband med gjennomgangen av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vil vise til at beslutninger om å ta i bruk nye legemidler i en del tilfeller kan gi høyere kostnader. De eksisterende kostnadsvektene i DRG-systemet vil i slike tilfeller ikke avspeile de reelle kostnadene ved medisinsk behandling. For å sikre legitimiteten til DRG-systemet bør dette oppdateres og vedlikeholdes jevnlig.

Samhandling med primærhelsetjenesten

Løsninger tilpasset den statlige styringsmodellen for regionale helseforetak tilsier at organisatoriske løsninger må finnes innenfor dagens todeling i primær- og spesialisthelsetjeneste. Dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingsløsninger, for eksempel ved at pasienter skyves fram og tilbake mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Omtalen i kapittel 9.6 gir imidlertid mange eksempler på desentralisering av tjenester og god samhandling i dagens helsevesen.

Utvalget mener følgende premisser bør gjelde på dette området:

- 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 desentraliseres, bør flyttes nær pasienten.
- Utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell må ses i sammenheng med beslutninger om strukturendringer. Løsningene som velges der vil være viktige for å fremme samhandling.

Dette leder fram til følgende forslag:

Forslag 8 (jf. kapittel 9)

- Finansieringen av spesialisthelsetjenesten må stimulere til at tjenesten utøves nær pasienten og til at samfunnet utnytter sine ressurser på en best mulig måte for pasientene.

Spesialisthelsetjeneste som utføres i desentraliserte enheter eller i samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, må derfor gis gode økonomiske rammebetingelser i likhet med annen spesialisthelsetjeneste.

Utvalget anbefaler dessuten at det raskt settes i verk forsøk med sikte på å klargjøre ansvar og oppnå bedre samhandling:

Forslag 9 (jf. kapittel 9)

- Det etableres forsøksordninger for å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenester.

Det har vært et økende problem at pasienter blir liggende i sykehus etter at de er utskrivningsklare. Etter utvalgets syn bør det regionale helseforetaket i høyere grad enn i dag kunne kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i somatiske og psykiatriske sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Det samme gjelder for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i private sykehus som det regionale helseforetaket har inngått avtale med.

Forslag 10 (jf. kapittel 9)

- Det regionale helseforetaket må, dersom annet ikke er avtalt med kommunen, kunne ta betalt for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Betaling må kunne utløses på et tidlig tidspunkt, for eksempel fra femte dag etter at pasienten er utskrivningsklar, forutsatt at kommunen skriftlig er informert om dette. Prisen må være så høy at kommunene ikke har økonomisk interesse av at pasienter blir liggende på sykehus. Prisen fastsettes av Helsedepartementet. Forslaget gjelder både for somatiske og psykiatriske sykehus.

Det er kommunenes og helseforetakenes ansvar å kartlegge muligheter for samarbeid til beste for pasientene. Det er også opp til de ansvarlige partene å gjennomføre slike tiltak. Det kan innebære at partene går inn for den samfinansiering av personell, utstyr og lokaler som trengs. Innenfor dagens system er det for eksempel ingen formelle hindre for at helseforetak og kommuner sammen kan finansiere IT-utstyr slik at fastleger kan kommunisere elektronisk med spesialisthelsetjenesten.

Selv om ansvaret her er lagt til helseforetakene og kommunene, ser utvalget at det kan være fornuftig med noe statlig finansiering av tidsavgrensede prosjekter som kan legge til rette for bedre samarbeid og klargjøring av ansvar mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Slike prosjekter bør da bidra med mer systematisk ansvars- og oppgavedeling og bedre dialog mellom nivåene for gråsonepasienter som i dag behandles enten i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Slike prosjekter kan for eksempel bestå i at kommuner overføres ressurser til å kjøpe enklere polikliniske tjenester for sine innbyggere.

Høyspesialiserte funksjoner

De høyspesialiserte funksjonene er sentralisert til ett eller et fåtall sykehus gjennom godkjenningsordningen for landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra. Regionale helseforetak som er tildelt slike funksjoner, sørger for kompetanseutvikling og pasientbehandling på vegne av pasienter i egen og andre regioner. Det er i dag et avtalebasert økonomisk oppgjør regionene imellom for behandling av pasienter med bosted i annen region enn der de behandles. Oppgjørene følger i hovedsak statens normerte priser på 80 prosent av gjennomsnittskostnaden for den enkelte DRG. Fra 2001 har det imidlertid vært full frihet til å inngå avtale om andre priser, også for høyspesialiserte funksjoner.

Utvalget har merket seg en rekke problemer med dagens finansiering av høyspesialiserte tjenester. Sykehusene med landsfunksjoner hevder at det er en utilstrekkelig finansiering av merkostnadene knyttet til pasientbehandlingen i lands- og flerregionale funksjoner, og at det er for dårlig samsvar mellom statlig medfinansiering og godkjenning av høyspesialiserte funksjoner. En del av den økonomiske risikoen for økte kostnader eller for økning i pasientvolum ligger derfor i praksis hos det sykehus som er tildelt en slik funksjon. Det er videre dokumentert betydelig geografisk ulikhet i tilgangen til noen av de høyspesialiserte funksjonene, og det er uklart hvordan disse pasientenes prioriteres i forhold til andre grupper.

Utvalget har valgt å diskutere alternative finansieringsmodeller for høyspesialiserte funksjoner langs to dimensjoner:

1. Hvem skal finansiere, staten eller regionale helseforetak?
2. Hvordan skal det finansieres, ved (i hovedsak) DRG-basert stykkpris eller ved rammebevilgninger?

Utvalget vil understreke at høyspesialiserte funksjoner er et område som må være gjenstand for nasjonal styring og prioritering. Betydelige investeringer, både utstyrsmessig og kompetansemessig, tilsier at disse funksjonene ikke kan overlates til regionale helseforetak å prioritere og styre alene. Tjenestene er kjennetegnet ved at de ikke skal utføres i alle regioner, men tildeles som nasjonale oppgaver til enkelte sykehus som skal ivaretas på vegne av hele landet.

Det er videre viktig at finansieringssystemet legger til rette for at pasienter som *bør* ivaretas av en høyspesialisert funksjon, får tilbud om dette. Staten bør derfor vurdere om slike funksjoner skal motta et eget infrastrukturtilskudd. I dag er det betydelige variasjoner mellom regionene i bruk av høyspesialiserte tjenester, inkludert tjenester som tilbys ved sykehus med landsfunksjoner og høyspesialiserte funksjoner. Utvalget foreslår føl-

gende modell for finansiering av pasientbehandling ved høyspesialiserte funksjoner.

Forslag 11 (jf. kapittel 12)
1. Staten definerer og tildeler lands- og flerregionale funksjoner, som i dag.
2. Midlene til høyspesialiserte funksjoner innarbeides i statens generelle finansiering av regionale helseforetak.
3. Så langt som mulig inkluderes høyspesialisert behandling i DRG-systemet, og DRG-priser benyttes mellom regionale helseforetak 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. Regionale helseforetak inngår avtaler om bruk av lands- og flerregionale funksjoner, herunder fastsetting av pris og volum. Ved uenighet mellom partene, fastsetter staten normerte priser og minstevolum.

Utvalget er bedt om å gi en særskilt vurdering av finansiering av operasjoner for døve der det benyttes cochleaimplantat. Utgangspunktet er et privat forslag fra stortingsrepresentantene Inger Stolt-Nielsen og Steinar Bastesen (jf. Innst. S. nr. 84 (2001–2002)), der Stortinget vedtok følgende:

> «Stortinget ber 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.»

Med den foreslåtte finansieringsløsningen for høyspesialiserte funksjoner er det etter utvalgets mening funnet en tilfredsstillende løsning for disse pasientene.

Kompetansesentra

Utvalget foreslår at nye nasjonale kompetansesentra i framtida finansieres etter følgende modell: Et regionalt helseforetak som via et samarbeidsorganet (jf diskusjonen i kapittel 16) søker om å få tildelt, eller aksepterer å påta seg, en kompetansesenterfunksjon, utarbeider forslag til årlig budsjett (utgifter/inntekter) for de oppgavene man forplikter seg til å utføre. På grunnlag av planlagt aktivitet, og etter vurdering av behovet for virksomheten, kan staten gi godkjenning som følges av statstilskudd over basisbevilgningen til det tilhørende regionale helseforetak. Senere års statstilskudd er deretter basert på oppfølging og dokumentasjon av resultater fra virksomheten.

I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, finansieres denne pasientbehandlingen på linje med annen pasientbehandling.

Private aktører

I mandatet er det lagt vekt på at «private tjenesteytere skal utnyttes best mulig». Utvalget mener at dette må vurderes ut fra hva som er best for den aktuelle pasientgruppe og ut fra hvordan bruk av private tjenesteytere påvirker helsetjenesten samlet. Utvalget mener at regionale helseforetak bør gjennomgå sin virksomhet med tanke på å konkurranseutsette deler av den. Anbudskonkurranse mellom private virksomheter og mellom private og offentlige virksomheter vil være et sentralt virkemiddel. I anbudskonkurranser vil det være viktig at type, omfang og kvalitet av tjenester som skal kjøpes, blir godt nok definert. Forutsatt at regionale helseforetak legger til rette for anbudskonkurranse hvor de potensielle tjenesteyterne stilles likt, må regionale helseforetak kunne vurdere:
- Hvilken type private aktører det er mest lønnsomt å inngå avtaler med (spesialister, sykehus, laboratorier eller røntgeninstitutt).
- Økonomisk omfang av avtalene, og antall avtaler.
- Geografisk beliggenhet. (For å sikre konkurranse kan det være hensiktsmessig å inngå avtaler med private i andre helseregioner, eller i andre land.)

Regionale helseforetak er både involvert i tilbud og etterspørsel av spesialisthelsetjenester. Det kan være konflikter i håndteringen av begge disse rollene. For eksempel kan eierskapet til egne helseforetak føre til at regionalt helseforetak foretrekker å skaffe tjenester fra disse, selv når det avtaler med private hadde vært kostnadsbesparende. I enkelte tilfeller har ansvaret for å inngå avtaler med private laboratorier og private spesialister vært delegert fra regionalt helseforetak til helseforetak, noe som kan forsterke rollekonflikten. Utvalget har i kapittel 8 drøftet en deling av regionale helseforetak i en bestillerorganisasjon og en eierorganisasjon for å unngå slik rollekonflikt. Utvalget har imidlertid konkludert med at forholdet til private tjenesteytere kan håndteres innenfor dagens organisatoriske modell. For å begrense rollekonflikten foreslår utvalget at private helsetilbydere inngår avtaler med regionale helseforetak, og ikke med de enkelte helseforetak.

Forslag 12 (jf. kapittel 13)

- Private helsetilbydere inngår avtaler med regionale helseforetak, og ikke med de enkelte helseforetak.

Reglene for hvem som kan henvise pasientene er viktig for de private aktørene. Regionale helseforetak står fritt til å inngå samarbeidsavtaler som gir mulighet for direkte henvisning fra primærhelsetjeneste til privat sykehus eller privatpraktiserende avtalespesialist. Utvalget kjenner til at praksis i regionale helseforetak varierer på dette feltet. Utvalget mener at regionale helseforetak snarest mulig bør legge opp til en praksis med direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til de private sykehusene og spesialistene som regionale helseforetak har avtale med.

Forslag 13 (jf. kapittel 13)

- Regionale helseforetak bør legge til rette for direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til private sykehusene og spesialister som regionale helseforetak har avtale med.

Endringene i behandlingen av realkapital etter sykehusreformen, der også de offentlige helseforetakene må ta hensyn til avskrivninger og finanskostnader vil skape likere konkurransevilkår på et viktig område. Større grad av likhet mellom offentlige og private aktører oppnås også gjennom at private aktører tilbys langsiktige kontrakter.

Forslag 14 (jf. kapittel 13)

- Regionale helseforetak må utvikle avtaler som gir nødvendig langsiktighet i samarbeidet med private helsetilbydere.

Behandlingsaktivitet bør videre registreres likt uavhengig av om aktiviteten er utført ved en offentlig poliklinikk eller ved et privat sykehus. Det vil igjen føre til at inntekter fra staten til regionale helseforetak blir uavhengige av om behandlingen skjer i offentlig eller privat regi.

Forslag 15 (jf. kapittel 13)

- Private sykehus som har avtale med regionale helseforetak kan, på lik linje med offentlige sykehus, utløse refusjoner for poliklinisk virksomhet.

Finansiering av helsetjenester over folketrygden (jf. kapittel 14)

Kjøp av helsetjenester er i dag en ordning hvor trygdeetaten kan kjøpe behandlingstiltak for personer som er sykmeldt, under rehabilitering, på yrkesrettet attføring eller som venter på et helsetilbud. Utvalget viser til at ordningen er basert på at det etableres et tilbud ved siden av det eksisterende behandlingstilbudet, som ikke forbruker ressurser som ellers ville vært brukt til å håndtere de ordinære ventelistene. Utvalget peker på faren ved at sykehusene prioriterer å behandle pasienter på oppdrag fra trygdeetaten, siden dette gir større økonomisk uttelling enn å behandle øvrige ventelistepasienter. En slik effekt er ikke dokumentert, men kan være mer aktuell etter den sterke utvidelsen av ordningen de siste årene. I områder med knapphet på helsepersonell kan ordningen også indirekte gå ut over det offentlige helsetilbudet, ved at helsepersonell velger å jobbe innenfor private helsetjenester, som dels finansieres gjennom midler fra trygdeetaten.

Ordningen må evalueres med tanke på virkningene for dem som venter i den ordinære helsekøen. Likhetshensyn tilsier at ordningen begrenses på en måte som gjør at øvrige pasienter i hovedsak ikke får lengre ventetid. Dette er også en forutsetning for ordningen. Med disse forbehold mener utvalget at ordningen bør videreføres, og ser dette i sammenheng med at ordningen medfører lavere sykepengerefusjoner.

Forslag 16 (jf. kapittel 14)

- Ordningen med kjøp av helsetjenester for sykmeldte videreføres i regi av trygdeetaten.

Prosjektet Kjøp av helsetjenester i utlandet ble opprettet etter at Stortinget høsten 2000 vedtok å bevilge 1 mrd. kroner til pasientbehandling i utlandet. Hovedformålet med ordningen har vært å redusere ventetider for pasientgrupper hvor norske sykehus mangler kapasitet til å forestå behandling. Erfaringer med ordningen tilsier at kostnadene ved behandling i utlandet i gjennomsnitt er høyere enn tilsvarende behandling i Norge. I tillegg kommer utgiftene til administrasjon av ordningen, reise og ledsager. Samlet sett er derfor kostnadene ved behandling i utlandet betydelig høyere enn ved behandling innenlands.

Det finnes også to andre ordninger for finansiering av behandling i utlandet. Det gis bidrag fra folketrygden til finansiering av behandling i utlandet forutsatt at det ikke er tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å utføre behandlingen i Norge. Det bevilges videre særskilte statlige midler til behandlingsreiser til utlandet, blant annet til pasienter med revmatiske lidelser og psoriasis.

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 flertall*, medlemmene Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnussen, Magnus, Moe Skarstein, og Slåttebrekk foreslår at midlene til disse ulike ordningene legges inn i de ordinære bevilgningene til regionale helseforetak. Forslaget må også ses i sammenheng med innføring av endring i pasientrettighetene.

Forslag 17 (jf. kapittel 14)

1. Ordningen med bidrag for behandling i utlandet avvikles i sin nåværende form. Ressursene overføres regionale helseforetak.
2. Ordningen med prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet avvikles i sin nåværende form. Ressursene overføres regionale helseforetak.
3. Finansieringsansvaret for ordningen med behandlingsreiser til utlandet overføres til regionale helseforetak.

Utvalgs mindretall, medlemmene Blørstad og Flatø, anser at den såkalte utenlandsmilliarden i hovedsak har vært en vellykket ordning. Rikstrygdeverket har gjennom sin administrasjon av kjøp av helsetjenester i utlandet på kort tid bidratt til reduksjon av ventetider for forsømte pasientgrupper. I tråd med Stortingets oppdrag satset Rikstrygdeverket på å bidra til å få behandlet flest mulig pasienter på kortest mulig tid umiddelbart etter at ordningen ble etablert i 2000. Derfor er det urimelig å bruke høye kostnader per behandlet pasient som tegn på at ordningen har vært mislykket. I henhold til forslag til statsbudsjett for 2003 synes det som om prosjektet går inn i en fase der kjøp av behandling i utlandet mer målrettet rettes inn mot pasientgrupper som det er hensiktsmessig å søke behandlet i utlandet, i tråd med erfaringer som er høstet de to første årene. Ordningen med kjøp av behandling i utlandet benyttes strategisk til utdanning av norske spesialister i tilfeller der mangel på tilstrekkelig pasientgrunnlag og veiledningskapasitet i Norge representerer begrensninger. Kompetansen som er etablert i Rikstrygdeverket på dette området bør opprettholdes. Manglende treffsikkerhet ved metoder knyttet til å anslå behovet for sykehuskapasitet gir også i framtida behov for den fleksibilitet kjøp av behandling i utlandet gir. Stadig sterkere spesialisering og økende hastighet innen utvikling av ny medisinsk teknologi taler for at det vil være riktig å videreføre organisert kjøp av behandling i utlandet for å sikre at norske pasienter til enhver tid gis tilgang til nyetablerte behandlingsmetoder.

Utvalgsmedlemmene Blørstad og Flatø viser til at finansieringsansvaret for ordningen med behandlingsreiser til utlandet er etablert som en meget velfungerende ordning, der nettopp gunstige klimatiske forhold i sydlige strøk har vært et fortrinn med hensyn til å oppnå størst mulig behandlingseffekt for pasientene. Ordningen medfører også meget lave kostnader sammenliknet med institusjonsbasert rehabilitering i Norge. En sentral organisering og finansiering av denne type tilbud er nødvendig for å ha en effektiv og forutsigbar administrasjon.

Mindretallets forslag (alternativ til forslag 17):

- Etablerte ordninger for kjøp av behandling i utlandet opprettholdes i sin nåværende form.

Pasientens rett til behandling (jf. kapittel 4 og 14)

Utvalget viser til lovforslaget om å innføre en behandlingsgaranti som innebærer at pasientene gis individuelle behandlingsfrister. Ved garantibrudd tildeles pasienten en sekundær rett til behandling der helseforetaket som er ansvarlig for garantibruddet finansierer rettigheten.

Pasienten vil imidlertid i liten grad ha informasjon og andre ressurser som skal til for å orientere seg blant tilbydere av helsetjenester. Blant annet av denne grunn kan det være hensiktsmessig å etablere et sentralt organ som kan koordinere informasjon og inngå felles avtaler, både med private tilbydere innenlands og tilbydere i utlandet, jf. lovforslaget.

Forslag 18 (jf. kapittel 4 og 14)

- Et organ utenfor regionale helseforetak får ansvar for å finne alternative behandlingssteder når pasienten ikke får tilbud om behandling innenfor den fastsatte tidsfristen.

21.2 Finansiering av regionale helseforetak

Skal regionale helseforetak være eneste tilskuddsmottaker på regionalt nivå?

Dagens finansiering av pasientbehandlingen preges av at ulike finansieringsordninger administreres av forskjellige offentlige etater samt at tilskuddsmottakerne er plassert både på det regionalt nivå (regionale helseforetak) og på lokalt nivå (sykehus og spesialister). Dette gir et fragmentert system der effektene er uklare og måloppnåelsen er vanskelig å vurdere.

Utvalget har foreslått at den aktivitetsavhengige finansieringen av spesialisthelsetjenesten utvikles, og at en harmoniserer finansieringen av innleggelse/dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Utvalget anslår at det vil ta fem til sju år før et nytt kodeverk fullt ut er operativt. Dessuten har utvalget foreslått at det vurderes å utvikle en aktivitetsavhengig finansiering av psykisk helsevern som både omfatter poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling.

Etter at det er utviklet et nytt finansieringssystem for somatikk og psykisk helsevern, der poliklinisk virksomhet, dag- og døgnbehandling er innarbeidet i et felles kodeverk, kan dagens takst- og refusjonssystemer avvikles.

Utvalget er delt i sitt syn på om det er ønskelig at staten i det nye finansieringssystem utbetaler takster eller refusjoner utenom de regionale helseforetak og direkte til den enkelte tjenesteutøver.

Utvalgets flertall, medlemmene Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen og Moe Skarstein, går inn for en omlegging fra 2004 ved at statens nåværende takster og refusjoner styres inn mot regionale helseforetak, og ikke inn mot den enkelte tjenesteutøver. *Flertallet* har lagt vekt på følgende:

- Dagens takstsystemer går utenom den aktør som er gitt driftsansvar og økonomisk ansvar for spesialisthelsetjenesten, nemlig regionale helseforetak. Det haster derfor med å iverksette endringer i finansieringen som på en bedre måte understøtter styringsmodellen for regionale helseforetak.
- Selv om man skulle ha utviklet et grunnlag for en mer helhetlig aktivitetsavhengig finansiering allerede innen tre til fire år, anses det å være for lang tid til at en bør opprettholde dagens takstsystemer mot poliklinikker, private spesialister og laboratorie-/røntgen-virksomhet i mellomtiden.
- En omlegging fra 2004 vil i tillegg gi private sykehus mulighet for å ta del i poliklinikkfinansieringen, og private spesialister til å bli gjenstand for finansiering gjennom ISF.

I prinsipp 2 har utvalget lagt vekt på den frihet regionale helseforetak har til selv å bestemme avlønning i forhold til helseforetakene i sin region og andre tjenesteutøvere det inngås avtale med. *Flertallet* understreker dette også i denne sammenheng og fremmer følgende forslag:

Forslag 19 (jf. kapittel 15)

- Tilskudd og overføringer fra staten til spesialisthelsetjenesten må innrettes slik at regionale helseforetak sikres overordnet styring og prioritering i sektoren. Dette innebærer at all finansiering fra staten til spesialisthelsetjenesten kanaliseres via regionale helseforetak fra 2004.

Utvalgets mindretall, medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk, legger til grunn at tilskudd og overføringer fra staten til spesialisthelsetjenesten utformes slik at regionale helseforetak sikres overordnet styring og prioritering i sektoren. Mindretallet legger til grunn at styring gjennom vilkår knyttet til bevilgningen er et effektivt virkemiddel for at regionale helseforetak skal kunne ivareta sitt sørge for-ansvar. Mindretallet mener imidlertid at styringsmulighetene allerede er ivaretatt selv om en tilleggsfinansiering i form av refusjoner kanaliseres utenfor de regionale helseforetak. Følgelig er det vanskelig å slutte seg til at alle pengene med nødvendighet må gå i denne kanalen allerede fra 2004.

Mindretallet legger til grunn at styringsmulighetene finnes så lenge alle tjenesteyterne, så vel offentlige som private, er avhengig av finansiering fra de regionale helseforetak i tillegg til refusjonen fra Rikstrygdeverket. Av denne grunn har også polikliniske refusjoner i flere tiår gått direkte til sykehusene (utenom fylkeskommunene) uten at dette har vært anført som noe styringsproblem. De fleste sykehus vil også ha en rekke andre inntektskilder som ikke kan ansees å være noe styringsproblem, for eksempel egenandeler, sykepengerefusjoner, etc. Siden regionale helseforetak i dag allerede har styringsrett gjennom tildeling av rammetilskudd og inngåelse av avtaler, samt eierstyring med egne virksomheter, kan dagens refusjonssystem beholdes med noen justeringer inntil nytt system snart er på plass. Imidlertid er det viktig at regionale helseforetak bruker den styringsretten de allerede har i forhold til både offentlige og private aktører som mottar refusjoner fra Rikstrygdeverket.

En viktig forutsetning er slik sett at ingen spesialisthelsetjeneste er fullfinansiert gjennom direkte statlige refusjoner. De statlige refusjonene bør derfor gjennomgås med sikte på å luke ut takster som eventuelt er for høye. Det er i tillegg viktig at regionale helseforetak får reell innflytelse over avtalene som ligger til grunn for private spesialister «med avtale».

Utvalgets mindretall, medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk har videre lagt vekt på at de administrative kostnadene ved en kortsiktig omlegging av pengestrømmene neppe kan forsvares. Det legges til grunn at det i løpet av få år bør etableres et felles kodeverk og klassifiseringssystem for poliklinikk og innleggelse, uavhengig om

tjenesteyter er privat eller offentlig. Fra og med 2006 bør dette felles systemet være etablert. Fra dette tidspunkt kan alle pengestrømmene legges i «en kanal» mellom staten og de regionale helseforetak uten noen administrative merkostnader. Disse medlemmene vil derfor ikke støtte forslag 19.

Et samlet utvalg vil understreke viktigheten av at gode kontroll- og revisjonsrutiner opprettholdes når betalingsstrømmene rettes mot regionale helseforetak. Så lenge takstsystemer opprettholdes, må det sikres nødvendig tilsyn og kontroll av at takster ikke utløses på en urettmessig måte. Forvaltningen av disse oppgavene må legges utenfor regionale helseforetak og deres datterforetak, selv om også regionale helseforetak selv og revisor har ansvar for slik kontroll.

For alle disse tjenestene forutsetter utvalget at pasientenes egenandeler ikke endres som følge av at regionale helseforetak blir tilskuddsmottakere.

Forskning og undervisning

Utvalget påpeker at dagens modell for finansiering av forskning og utdanning er uklar, og gir få insitament til økt fokus på disse aktivitetene. Samarbeidsorganene, som er etablert med representanter fra universitet og regionale helseforetak, har heller ikke fått klare retningslinjer å forholde seg til i alle regioner. Utvalget mener at en ved å kombinere et styrket samarbeidsorgan, en resultatavhengig finansiering av forskningen og en aktivitetsavhengig finansiering av undervisningen vil kunne sikre at forskning og undervisning ivaretas på en bedre måte enn i dag.

Utvalget legger til grunn at de enkelte samarbeidsorgan utarbeider mandat for sitt arbeid, men at mandatene forelegges foretaksmøtet. Utvalget har også forslag som gjelder sammensetning og beslutninger som vedrører fordeling av forskningsmidler.

Forslag 20 (jf. kapittel 16)
Følgende skal gjelde for samarbeidsorganene når organet fordeler forskningsmidler:

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

Utvalgets flertall, medlemmene Blørstad, Brundtland, Falkmer, Flatø, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen, og Slåttebrekk fremmer følgende forslag:

Forslag 21 (jf. kapittel 16)

- Dersom det ikke oppnås enighet i samarbeidsorganet innen rimelig tid, får styret i det regionale helseforetaket saken til avgjørelse.

Utvalgets mindretall, medlemmet Moe Skarstein, foreslår:

Alternativ til forslag 21 (jf. kapittel 16)

- Dersom det ikke oppnås enighet i samarbeidsorganet innen rimelig tid, får foretaksmøtet saken til avgjørelse.

Utvalgets mindretall, medlemmet Moe Skarstein, vil understreke at utvalgets forslag når det gjelder delegering av fullmakter til samarbeidsorganet bygger på en forutsetning om likeverdighet mellom regionalt helseforetak og universitet når det gjelder sammensetning og innflytelse, i tråd med forslagene fra Vandeskoggruppen. Dersom styret for den ene part skal være den som fatter avgjørelse ved uenighet, er det grunn til å frykte at den forutsatte likeverdigheten i samarbeidsorganet vil forbli illusorisk. Selv om foretaksmøtet heller ikke kan betraktes som noen uavhengig instans, er det grunn til å tro at terskelen for å bringe saker inn for foretaksmøtet vil være såvidt høy at samarbeidsorganet vil legge større vekt på å oppnå enighet slik at det vil bli betraktet som en siste utvei å be en annen instans avgjøre saker hvor samarbeidsorganet er delegert myndighet og kompetanse.

Utvalget mener videre at samarbeidsorganet skal ha som oppgave å se til at undervisningsaktivitet i regi av høgskoler og universiteter, blir tatt hensyn til når spørsmål om funksjonsfordeling innenfor de respektive helseregioner diskuteres. Utvalget finner det også naturlig at finansieringen og innretningen av særskilte funksjoner (kompetansesentre, landsfunksjoner) inngår som en del av samarbeidsorganenes ansvar (jf. rapporten fra Vandeskoggruppen).

Utvalget har diskutert ulike modeller for fordeling av forskningsmidler til regionale helseforetak. Utvalget presenterer her en mulig modell. I kapit-

tel 16 anslår utvalget grovt hvor store midler som brukes over helseforetakenes budsjett til lønn og overhead innen forskning ved sykehusene. Med utgangspunkt i dette anslaget, samt politiske vurderinger av hvor stor innsats en ønsker i medisinsk forskning, kan staten bestemme at en del av basisbevilgningen fordeles delvis som et fast tilskudd som er likt for alle regionale helseforetak og delvis basert på forskningsresultater.

Forslag 22 (jf. kapittel 16)
En del av basisbevilgningen fordeles på følgende måte:

- Dels som et fast tilskudd som er likt for alle regionale helseforetak,
- Dels etter forskningsresultater i form av antall doktorgrader og publikasjonspoeng (jf. mulig fordelingsnøkkel i tabell 16.10)

Hvor stor andel av basisbevilgningen som fordeles ut fra disse kriteriene gjøres kjent gjennom det årlige tildelingsbrevet fra staten til regionale helseforetak. Dette skjer ved at det knyttes vilkår til deler av basisbevilgningen. Det bør videre stilles som vilkår at samarbeidsorganet kan vedta disponering av totalbeløpet som fordeles til forskning og at forskningsresultater rapporteres, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet. Deler av denne rapporteringen kan antagelig samordnes med rapporteringen som skjer i regi av Utdannings- og forskningsdepartementet.

I kapittel 16 anslår utvalget hvor store midler som brukes over helseforetakenes budsjett til lønn og sosiale utgifter til undervisning ved sykehusene. Tilsvarende som for forskning, foreslår utvalget at staten, med utgangspunkt i dette anslaget og politiske prioriteringer, fordeler en del av basisbevilgningen til regionale helseforetak basert på undervisningsaktivitet, jf. en mulig fordelingsnøkkel i tabell 16.11.

Forslag 23 (kapittel 16)

- Staten fordeler en del av basisbevilgningen til regionale helseforetak basert på undervisningsaktivitet (jf. mulig fordelingsnøkkel i tabell 16.11).

For at regionale helseforetak skal motta beløpene må det stilles vilkår om at de rapporterer om undervisningsaktivitet, slik at eier kan følge måloppnåelsen på feltet.

I tillegg til midler til forskning og utdanning, er det i spesialisthelsetjenesten behov for ressurser til generell kompetanseoppbygging, til metodeutvikling og –vurdering. Innen somatikk bør midler til disse aktivitetene ligge innenfor enhetsprisen som ligger til grunn for ISF. Innen psykiatri bør midlene foreløpig ligge som en andel av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen. Utvalget mener at 1–2 prosent av enhetsprisen/basisbevilgningen skal knyttes til denne type aktiviteter.

Finansiering av syketransport og skyss av behandlingspersonell

Med syketransport menes transport av pasient og evt. ledsager til og fra medisinsk behandling. Utgifter til slik transport refunderes i dag fra folketrygden etter nærmere angitte regler, og det er trygdekontorene som avgjør refusjonskravene. Folketrygden dekker også utgifter til skyss av helsepersonell på visse vilkår. Formålet med ordningen er å sikre behandlingstilbud til pasienter som av helsemessige grunner ikke kan møte fram hos behandleren. I tillegg dekkes reiseutgifter bl.a. for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien.

Finansieringssystemet for syketransport innebærer en form for tredjepartsfinansiering. En betydelig andel av utgiftene til syketransport, anslagsvis 80 prosent, er knyttet til reiser til spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak, som tar beslutninger knyttet blant annet til lokalisering av behandlingstilbud, og som dermed utløser behov for syketransport, har ikke det finansielle ansvaret. Utvalget vil peke på at dette er i strid med kriteriet for kostnadseffektivitet. Ut fra det bør systemet være slik at også transportkostnadene tas med i betraktning når helsetilbudet utformes. I den grad transportmønsteret endres på en måte som reduserer reisebehovet, er dette også en endring som kommer pasientene til gode. Det må antas at pasientene generelt sett ønsker behandling nær hjemstedet.

Utvalget påpeker at regionale helseforetak selv ikke behøver å stå for det praktiske arbeidet knyttet til utbetaling av reiseregninger mv., men at disse tjenestene kan kjøpes av andre, for eksempel fra trygdeetaten.

Utvalget er enig om følgende forslag:

Forslag 24 (jf. kapittel 17)

- Ansvaret for skyss av behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak, og ansvaret for skyss av behandlingspersonell i primærhelsetjenesten overføres til kommunene.

Utvalget er videre delt i synet på om ansvaret for syketransport bør legges til regionale helseforetak.

Utvalgets flertall, medlemmene Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnus, Magnussen og Moe Skarstein foreslår at rettigheten til syketransport opprettholdes og at ansvaret for syketransport overføres til regionale helseforetak. *Flertallets forslag* innebærer at foretakene overtar en ordning som i flere år har hatt en stor vekst, og en vekst som har vært større enn ellers i spesialisthelsetjenesten. Forslaget i seg selv forventes å gi samordningsgevinster og derfor lavere utgifter på sikt enn det som ellers ville vært tilfelle. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener flertallet likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mellom stat og foretak, bør det gis en særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette. *Utvalgets flertall* foreslår følgende:

Forslag 25 (jf. kapittel 17)
- Ansvaret for all syketransport overføres til regionale helseforetak.

Et mindretall i utvalget, utvalgets medlem Brundtland, viser til at utvalget i det foranstående har pekt på at den instans som tar beslutninger som utløser behov for syketransport, ikke har det finansielle ansvaret for transporten. Utvalget har pekt på at dette er i strid med kriteriet for kostnadseffektivitet. *Dette medlem* går av samme grunn i mot å overføre til regionale helseforetak ansvaret for syketransport utløst av kommunehelsetjenesten. *Medlemmet* sier seg enig i at syketransport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak.

Alternativ til forslag 25 (jf. kapittel 17)
- Ansvaret for syketransport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak.

Et annet mindretall i utvalget, medlemmene Blørstad, Flatø og Slåttebrekk mener at Rikstrygdeverket fortsatt skal ha ansvar for refusjoner for all syketransport. Dette mindretallet mener at stønad til syketransport fortsatt bør være en rettighet som er uavhengig av bosted, og mener at denne stønaden fortsatt bør være forankret i folketrygdloven. Forvaltningen av stønadsordningen må skje i størst mulig grad der hvor innbyggerne bor, det vil si i nærhet til brukerne, og det pekes på at trygdeetaten er organisert med et trygdekontor i hver kommune. Dette *mindretallet* kan ikke se noe avgjørende argument for å bygge opp et nytt administrativt apparat for å ivareta forvaltningen av syketransportområdet gjennom regionale helseforetak. Det er også uhensiktsmessig at regionale helseforetak vil være ansvarlig også for de reiseutgifter som påløper innen primærhelsetjenesten dersom alt ansvar for syketransport blir overført til dette regionale nivået. *Disse medlemmene* mener hovedutfordringen med dagens ordning er å etablere en mulighet for å se transport- og behandlingsutgifter i sammenheng – slik at regionale helseforetak og helseforetakene kan etablere gode samfunnsøkonomiske desentraliserte behandlingstilbud. Det er etter dette *mindretallets syn* mulig å gjøre tilpasninger i dagens regelverk, slik at utgifter til syketransport og behandling kan sees i sammenheng. I tillegg til at et ønske om et desentralisert tilbud kan fremmes gjennom styringsdokumentet fra statlig eier overfor regionale helseforetak, kan det innføres en hjemmel for at budsjettmidler til syketransport kan benyttes til å finansiere slike behandlingstilbud. *Dette mindretallet* peker på dette som aktuell løsning hvor etableringen totalt sett vil gi lavere utgifter – behandling og skyssutgifter sett under ett. *Dette mindretallet* framholder også at det innenfor dagens forvaltning av ordningen vil være kunnskap om/muligheter for å gi analyser av pasientstrømmer mv. overfor regionale helseforetak/helseforetakene.

Finansiering av kapital

Ett av de sentrale målene med sykehusreformen og den nye foretaksmodellen har vært å legge til rette for bedre forvaltning av verdier som ligger i bygg og utstyr. Helseforetaksloven § 43 1. ledd fastslår at regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak. Dette innebærer en omlegging i forhold til tidligere systemer i fylkeskommuner og stat, ved at foretakenes samlede kostnader ved bruk av realkapital skal framkomme i deres regnskaper.

Utvalget tar til etterretning følgende forslag som er presentert i St.prp. nr. 1 (2002–2003):
- Adgang for regionale helseforetak til å vurdere sammensetning av kapital/drift innenfor egne økonomiske rammer.
- Sentral styring av større prosjekter.
- Krav til driftsresultat i balanse.
- Ingen avkastningskrav på egenkapital.
- Adgang til å låne, men innenfor rammer som regulerer maksimalt låneopptak.

Utvalget har kommentarer knyttet til to av disse forslagene. Det ene gjelder forslaget om sentral styring av større prosjekter. Utvalget mener at hel-

seforetakene vil ha sterke motiver for å få gjennomført prosjekter som helt eller delvis finansieres av staten. Utvalget vil derfor understreke at vedtak om slike utbygginger må vurderes nøye, og kun bør benyttes i særskilte tilfeller. I en slik vurdering må regionen ses som en helhet, og en bør kun vurdere det for regioner som har forholdsvis lav realkapital per innbygger.

Den andre kommentaren knytter seg til beslutningen om at det ikke skal stilles avkastningskrav til egenkapitalen. Hos private og kommersielle tjenesteytere stilles det krav til avkastning på egenkapitalen. Det kan da framstå som om det er en vesentlig ulikhet i konkurransevilkårene mellom offentlige foretak og private aktører. I realiteten er denne ulikheten i stor grad utjevnet med modellen som er foreslått. Det skyldes at offentlige foretak vil ha en alternativkostnad ved å binde kapital i realkapital. For de offentlige foretakene er alternativet å plassere pengene som en finansinvestering. Noe ulikhet vil fortsatt bestå ved at kravet til avkastning på egenkapitalen hos de private kan være noe høyere enn renten det offentlige foretaket står overfor. Det skyldes ulikheter i risiko. Denne ulikheten kan også reduseres ved en større langsiktighet i avtalene mellom regionale helseforetak. Mer langsiktige avtaler vil redusere de privates risiko.

De viktigste spørsmålene som foreløpig er uavklart er:

- Verdifastsetting av åpningsbalansen.
- Fordelingskriterier for midler til investeringer mellom regionale helseforetak.

Utvalget erkjenner at verdifastsettingen i åpningsbalansen, og dermed størrelsen på avskrivningene, gir direkte implikasjoner for hvor mye som må bevilges til avskrivninger. Utvalget ser dette som et spørsmål om bevilgningsnivå, noe som utvalget ikke tar stilling til. Når det, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet, er tatt stilling til hvilket beløp som skal legges inn til investeringer/avskrivninger i helseforetakene, må verdifastsettingen ta utgangspunkt i dette beløpet. Utvalget vurderer det slik at det særlig er insentivene i forhold til nyinvesteringer som er viktige i forhold til riktig kapitalbruk, og som må ivaretas ved utformingen av systemet.

Utvalgets flertall, medlemmene Blørstad, Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnussen og Moe Skarstein fremmer det følgende forslaget:

Forslag 26 (jf. kapittel 18)

- Midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til regionale helseforetak.

Utvalget foreslår videre at investeringsmidlene i den behovsjusterte rammen fordeles etter kriteriene som er foreslått i kapittel 20 fordi det er det beste uttrykket for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester som er tilgjengelig i dag. Det innebærer at kapitalen fordeles uavhengig av hvor mye kapital som faktisk er i regionale helseforetak. Når kapitalen i utgangspunktet er ujevnt fordelt mellom regionene, krever dette at verdien på kapitalen i hver enkelt region tilpasses slik at det blir samsvar mellom bevilgningsnivå og avskrivningsbeløp. Etter utvalgets oppfatning, innebærer en slik fordeling at kapitalkostnadene bør tas med i beregningen når regionale helseforetak avtaler gjestepasientprisene seg i mellom. Tilsvarende gjelder for kjøp av tjenester fra private aktører.

Et mindretall i utvalget, medlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk, viser til at en av hovedbegrunnelsene for å organisere sykehus som selvstendige foretak med regnskapsføring etter regnskapslovens prinsipper har vært å stimulere til optimal utnyttelse av kostbart utstyr og fornuftig arealbruk. Dette taler for at finansiering av kapitalkostnader delvis bør knyttes direkte til volum på pasientbehandlingen ved det enkelte sykehus. Om lag 50 prosent av kapitalkostnadene i spesialisthelsetjenesten bør knyttes direkte til DRG-refusjonen i ISF-systemet. En slik løsning vil gjøre det enkelte foretak mest mulig selvstendig med hensyn til planlegging av egne investeringsbeslutninger. Videre vil *disse medlemmene* legge vekt på at hensynet til mest mulig like vilkår for offentlige og private sykehus understøttes av at ISF-refusjonen reflekterer kapitalkostnader. *Disse medlemmene* fremmer derfor følgende forslag:

Alternativ til forslag 26 (jf. kapittel 17)

- Finansiering av kapitalkostnader til regionale helseforetak knyttes delvis til etablerte, volumbaserte refusjonsordninger.

Hovedmodell for statens finansiering av regionale helseforetak.

Utvalget er delt i sin anbefaling av finansieringsmodell mellom stat og regionale helseforetak. Utvalget har i kapittel 19 drøftet ulike finansieringsmodeller, men utvalget velger her å avgrense diskusjonen til de to hovedmodeller som tilrås fra utvalget:

- En modell med statlige aktivitetskrav og toppfinansiering, som utvalgets flertall støtter.
- En blandingsmodell som videreutvikler dagens finansiering slik at flere tjenester delvis stykkprisfinansieres, mens styringen i hovedsak skjer gjennom fastsettingen av rammetilskuddet fra eier. *(Mindretallets forslag.)*

Modellene er vurdert opp mot følgende evalueringskriterier etablert i kapittel 7:
- Behandlingskriteriene
- Valgfrihetskriteriene
- Forskning- og undervisningskriteriet
- Effektivitetskriteriene
- Legitimitetskriteriene

Modellen med *aktivitetskrav og toppfinansiering* har som utgangspunkt at Stortinget vedtar den samlede rammen for spesialisthelsetjenesten. Denne ressursrammen fordeles så mellom regionale helseforetak etter behov (jf kapittel 20). Staten (Helsedepartementet) og regionale helseforetak har så, med bakgrunn i de overordnede helsepolitiske prioriteringene, en dialog om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor den tildelte økonomiske rammen. Gjennom denne dialogen etablerer stat (eier) og regionale helseforetak (sørge for-ledd) en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder. For å sikre at dialogen ikke ender i en lite konstruktiv diskusjon om hva aktivitetskravene skal være, setter staten disse hvis aktørene ikke kommer til enighet.

For å sikre at regionale helseforetak ikke må bære all økonomisk risiko dersom behovet for spesialisthelsetjenester skulle bli uforutsett høyt, gir staten 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet ut over det avtalte nivået, dog ikke over en nærmere fastsatt maksimumsgrense (for eksempel 2 prosent). I motsetning til i dagens ISF-modell utløses imidlertid ikke nødvendigvis toppfinansieringen før alle fastsatte aktivitetsmål er nådd. Eksempelvis vil en overoppfyllelse av aktiviteten innenfor somatikk ikke utløses med mindre aktivitetsmålene for psykiatri og habilitering/rehabilitering er nådd. Dermed skiller denne modellen seg fra tradisjonelle stykkprismodeller hvor enhver aktivitetsøkning utløser en stykkpris. For å hindre at regionale helseforetak ikke oppfyller aktivitetskravene trekkes tilsvarende 50–60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet under det planlagte nivået.

Risikodeling mellom stat og regionale helseforetak vil trolig øke sannsynligheten for bruk av aktivitetsbaserte avtaler mellom regionale helseforetak og foretakene eller private aktører på områder der dette er ønskelig ut fra hensyn til aktivitet og kostnadseffektivitet. På denne måten oppfyller modellen mandatets målsetning om at penger skal følge pasienten.

Aktivitetskravmodellen innebærer statlig fullfinansiering opp til et visst nivå og deretter statlig delfinansiering. Modellen stiller dermed krav til at staten er klar og tydelig i sine ambisjoner om aktivitet. På samme måte som enhver stykkprismodell stiller modellen også store krav til nøyaktig aktivitetsregistrering i sykehusene.

Blandingsmodellen er en videreutvikling av dagens finansieringsmodell. Modellen tar utgangspunkt i at framtidas finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønske om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som det skal understøtte viktige styringsbehov. I denne modellen fastsetter fortsatt Stortinget rammetilskudd til regionale helseforetak som i dag. ISF-bevilgningen opprettholdes slik at økt aktivitet utløser refusjon uten noe form for tak på utbetalingene. I blandingsmodellen vil krav til aktivitet og resultater (med forutgående dialog), først og fremst knyttes til størrelsen på rammebevilgningen fra staten til regionale helseforetak. Videreutviklingen av dagens modell består i at alle de viktigste aktivitetene etter hvert skal inngå i stykkprisgrunnlaget. Dette gjelder først og fremst forskning, utdanning og psykisk helsevern. Et viktig element i denne modellen blir derfor å opprettholde dagens delvise stykkprisfinansiering slik at «pengene følger pasient», samtidig som behovet for styring kan ivaretas blant annet gjennom tildelingen av rammetilskuddet.

Utvalgets vurdering

Etter utvalgets syn er den videreutviklede varianten av dagens modell og aktivitetskravsmodellen gode modeller i den forstand at de skårer høyt på de fleste evalueringskriteriene. Diskusjonen i kapittel 19 har også vist at forskjellene mellom modellene ikke er store i det staten, i begge modellene, overfører en ressursramme til regionale helseforetak som er ment å fullfinansiere et mer eller mindre presist uttalt aktivitetsnivå.

I diskusjonen videre er det tatt utgangspunkt i en stykkprissats på 50–60 prosent i den videreutviklede varianten av dagens modell. For aktivitetskravsmodellen er det også lagt til grunn 50–60 prosent stykkpris mellom avtalt aktivitet og meraktivitet på inntil 2 prosent. Den samme satsen legges til grunn dersom realisert aktivitet er under avtalt nivå, det vil si at regionale helseforetak trekkes

med 50–60 prosent av gjennomsnittskostnadene for differansen mellom realisert og avtalt aktivitet.

Både aktivitetskravmodellen og blandingsmodellen tar som utgangspunkt at man kan har en aktivitetsregistrering som gjør det mulig å kostnadsberegne så mange aktiviteter som mulig. Siden stykkprisfinansiering forutsetter god aktivitetsregistrering, er det naturlig å anta at begge modellene er begrenset på samme måte av muligheten til å aktivitetsregistrere/stykkprisfinansiere tjenester som ligger utenfor dagens stykkprisordninger (ISF og poliklinikk).

I hvilket tempo man kan få til en innfasing av aktivitetskrav/stykkpriser på alle områder avhenger blant annet av ambisjonsnivå og krav til treffsikkerhet, samt av hvilke ressurser som legges i utvikling av indikatorer og aktivitetsmål. For begge modellene tas det sikte på at det fra 2004, som et minimum, etableres presise aktivitetskrav/stykkprisfinansiering knyttet til følgende:

- DRG-klassifiserbar pasientbehandling
- poliklinisk behandling
- forskning og utdanning
- plantall for bruk av private aktører

Over tid vil krav til andre aktiviteter kunne defineres på samme måte. Følgende innfasing anses som mulig:

- ny finansieringsløsning for rehabilitering og habilitering inkluderes senest fra 2006
- døgnbehandling innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten inkluderes senest fra 2006

Det siste punktet er det knyttet usikkerhet til.

Går man nærmere inn på modellens egenskaper, viser det seg imidlertid at stykkprismodeller (som blandingsmodellen er en variant av) og aktivitetskravmodellen har ulike egenskaper med hensyn til tre viktige dimensjoner:

- i hvilken grad staten har ambisjon om å være tydelig på hvilket aktivitetsnivå som fullfinansieres
- i måten man finansierer aktiviteter ut over dette nivået og dermed i grad av kostnadskontroll
- i hvilken grad man gjennom finansieringssystemet søker å motvirke uønskede vridningseffekter for tjenester som vanskelig lar seg aktivitetsregistrere og/eller stykkprisfinansiere

Flertallets vurdering av aktivitetskravsmodellen og den videreutviklede varianten av dagens modell.

Utvalgets flertall, Blørstad, Brundtland, Falkmer, Haga, Hagen, Hustoft, Magnussen og Moe Skarstein anbefaler staten å finansierer regionale helseforetak med det som omtales som en modell med aktivitetskrav og toppfinansiering.

Utvalget har foretatt en bred gjennomgang av erfaringene med dagens modeller for finansiering av spesialisthelsetjenesten. Utvalget har også merket seg de budsjettmessige problemene som regionale helseforetak er kommet i allerede i sitt første driftsår. Etter *flertallets* oppfatning skyldes disse problemene tre forhold:

- for det første at regionale helseforetak har overtatt store framtidige pensjonsforpliktelser via KLP
- for det andre at kostnadsnivået er blitt høyere enn det som ligger til grunn i rammeforutsetningene
- for det tredje at det er manglende samsvar mellom planlagt og faktisk aktivitetsnivå

Det første forholdet anser *flertallet* som utenforliggende for regionale helseforetak, og dermed ikke relevant å diskutere i relasjon til framtidig finansieringssystem. Det andre forholdet anser utvalget som delvis et resultat av introduksjonsproblemer i forbindelse med statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Slike forhold bør ikke legge føringer på prinsippene for videre kostnadskompensasjon for sektoren. *Flertallet* vil heller påpeke at staten, basert på innspill fra et teknisk beregningsutvalg (Helse-TBU, se forslag 28) bør legge opp til rimelige prinsipper for kostnadskompensasjon i foretakenes totalrammer, knyttet til for eksempel generelle lønnsforutsetninger. Kostnadsutvikling utover disse bør være foretakenes ansvar (eksempelvis knyttet til lokal lønnsglidning). Snarere enn å foreslå drastiske endringer i finansieringsmodellen vil derfor flertallet påpeke de gevinster som kan oppnås gjennom at det etableres en klarere forståelse for hva som er planlagt aktivitet og hvilke ressurser dette krever.

Utvalgets flertall mener at dette best ivaretas ved at staten finansierer regionale helseforetak med en aktivitetskravsmodell. Et viktig argument for *flertallet* er at aktivitetskravsmodellen tar sikte på å avklare realistiske forutsetninger for hvilke aktiviteter som kan fullfinansieres med den tildelte ressursrammen. Modellen åpner dermed for en arena og en dialog som stiller krav til både staten og regionale helseforetak for å komme fram til omforente aktivitets- og prestasjonsmål som kan nedfelles i styringsdokumentet. Det er *flertallets* syn at hvis det ikke oppnås en klarere forståelse mellom stat og regionale helseforetak om hvilke aktiviteter et regionalt helseforetak kan fullfinansieres med den tildelte rammen, er det sannsynlig at dagens praksis med manglende samsvar mellom

planlagt ressursbruk og faktisk aktivitetsnivå videreføres også i framtida.

Utvalgets flertall mener at det er viktig å utvikle gode indikatorer og aktivitetsmål for alle aktiviteter som regionale helseforetak er ansvarlig for. Det er derfor viktig å prioritere arbeidet med å utvikle slike indikatorer og aktivitetsmål. Det er ikke mulig å komme fram til et målesystem innen spesialisthelsetjenesten som gjør det mulig å likebehandle alle aktiviteter. Eksempelvis vil det være vanskelig å utvikle gode mål på hva som er god kvalitet. Det vil derfor alltid være en risiko for negative vridningseffekter mot tjenester som vanskelig lar seg aktivitetsregistrere. Flertallet mener derfor det er viktig å redusere insitamentene til overproduksjon av lettere målbar aktivitet. Aktivitetskravmodellen reduserer slik overproduksjon gjennom at den setter et eksplisitt tak på nivået at meraktiviteter som delfinansieres av staten.

Flertallet vil peke på at den største svakheten ved tradisjonelle stykkprismodeller er at de i for stor grad kan rette fokus mot behandling av lønnsomme pasientgrupper. Den foreslåtte aktivitetskravmodellen tar sikte på å motvirke dette på to måter.

- For det første: ved at staten og regionale helseforetak omregner den bevilgede rammen til aktivitetstall, synliggjøres de overordnede helsepolitiske prioriteringene. I modellen kan dette gjøres mer eller mindre detaljert; gjennom å skille mellom hovedtyper aktivitet som somatikk, psykiatri, habilitering/rehabilitering og FoU, eller også gjennom å spesifisere nivået på særlig prioriterte områder.
- For det andre: ved at meraktivitet skal avregnes mot en eventuell underaktivitet i forhold til gjeldende aktivitetsmål. Dette vil dermed motvirke for eksempel en uønsket vridning fra psykiatri til somatikk.

En videreføring av dagens modell, med en stadig økende grad av stykkprisfinansiering, medfører at regionale kostnadsforhold i stadig mindre grad reflekteres i overføringssystemet. Der en behovsjustert rammeoverføring tidligere fanget opp kostnadsvariasjoner for eksempel som følge av spredtbygdhet eller lange reiseavstander som reduserer mulighetene for poliklinisk behandling og dagbehandling, vil økende innslag av stykkpris basert på nasjonale gjennomsnittskostnader bidra til at regionale variasjoner av denne type ikke fanges opp og kompenseres for.

Dialogen mellom stat og regionale helseforetak vil kunne gis større legitimitet dersom staten og regionale helseforetak kan støtte seg på beregninger gjort av et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten. *Flertallet* foreslår derfor at det bygges opp et teknisk beregningsutvalg som skal gis en selvstendig rolle i å legge fram kostnads- og aktivitetsdata som staten og regionale helseforetak kan benytte i prosessen med å komme fram til enighet om forutsetningene for statens bevilgninger.

Forslagene fra *utvalgets flertall* er:

Forslag 27 (jf. kapittel 19)

- Staten finansierer regionale helseforetak ved en finansieringsmodell basert på aktivitetskrav og toppfinansiering.

Forslag 28 (jf. kapittel 19)

- Det opprettes et eget beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten med hovedoppgave å klargjøre regionspesifikke aktivitets- og kostnadskrav.

Utvalgets mindretall, medlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk, vurdering er at de økonomiske problemene i sykehusene i hovedsak skyldes andre forhold enn finansieringssystemets utforming som sådan. En av de viktigste forklaringene på dagens situasjon er at regionale helseforetak har overtatt store framtidige pensjonsforpliktelser. Det er en situasjon som regionale helseforetak uforskyldt er kommet i. Det skal også pekes på noen andre forhold som har bidratt til et høyere kostnadsnivå i sykehusene, men etter mindretallets vurdering er imidlertid forklaringen svært sammensatt. Det skal her pekes på at eierskapsskifte i seg selv har gitt noen overgangsproblemer som blant annet kan ha økt kostnadsnivået. Videre tyder forskningsrapportene på at det er mangler ved de interne styringssystem og for dårlig samsvar mellom budsjett og planlagt aktivitet på sykehusene. Til slutt skal det pekes på at det stadig utvikles nyere og bedre behandlingsmetoder som kommer pasientene til gode, men som også øker kostnadene.

Det må imidlertid bemerkes at det ikke har vært mulig for utvalget å etablere noen klar sammenheng mellom de enkelte faktorene og omfanget av økonomiske problemer. Dette bør derfor fortsatt være gjenstand for videre utredning.

På dette grunnlag vil utvalgsmedlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk tilrå en videreutvikling av dagens ordning slik som angitt i blandingsmodellen. Denne vurderingen tar utgangspunkt i to viktige og til dels ulike hensyn; Det er at framtidas finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønske om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som finansieringssyste-

met må understøtte styringsbehovet på denne viktige samfunnssektor. Mindretallet mener at den gode balansen ligger i en videreutvikling av blandingsmodellen i retning av å utvide stykkprisgrunnlaget til å omfatte alle de viktigste aktivitetene som det regionale helseforetaket har ansvar for. En slik videreutvikling må gjøres med utgangspunkt i de erfaringene som man har fått med ISF-ordningen fram til i dag.

Mindretallet mener at det er viktig å utvikle gode indikatorer og aktivitetsmål for alle aktiviteter som regionale helseforetak er ansvarlig for. Det er derfor viktig å prioritere arbeidet med å utvikle slike indikatorer og aktivitetsmål. Mindretallet vil imidlertid poengtere at det ikke er mulig å komme fram til et målesystem innen spesialisthelsetjenesten som gjør det mulig å likebehandle alle aktiviteter. Eksempelvis vil det være vanskelig å utvikle gode mål på hva som er god kvalitet. Etter mindretallets syn vil det derfor alltid være en risiko for negative vridningseffekter mot tjenester som vanskelig lar seg aktivitetsregistrere. Dette er hovedbegrunnelsen for at det skal være et element av rammefinansiering i blandingsmodellen. Mindretallet legger til grunn at det alltid vil finnes et insitament til å gjøre lettere målbar aktivitet. Dette vil gjelde uansett finansieringssystem. Dette kan bare motvirkes gjennom ledelsesmessig oppfølging på alle nivå med utgangspunkt i de overordnede mål som er satt for virksomhet.

Utvalget er i sitt mandat bedt om å komme med forslag som kan iverksettes fra 2004. Utvalget har imidlertid også pekt på behovet for mer langsiktig arbeid på noen områder. Mindretallet vil derfor anbefale at videreutviklingen av dagens modell gjøres i to faser; den første fram til 2004 og den neste fram til 2006.

Forslaget innebærer en gradvis utvidelse av stykkprisgrunnlaget til også å omfatte de andre viktige oppgavene som utføres ved sykehusene:

1. Stykkprisgrunnlaget skal omfatte forskning og utdanning fra 2004
2. En rekke systemforbedringer foretas for å høyne legitimiteten i systemet innen 2004
3. DRG-systemet integrerer poliklinikk og innleggelse senest fra 2006
4. Ny løsning for habilitering og rehabilitering inkluderes senest fra 2006
5. Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten inkluderes senest fra 2006

Styrken i blandingsmodellen ligger i å utnytte rammefinansieringens gode egenskaper sammen med stykkprismodellens. Rammefinansieringsdelen kan aktivt brukes til styring, blant annet gjennom å knytte vilkår til bevilgningen og gjøre avtaler om tjenestens innhold og omfang som i aktivitetkravmodellen. Samtidig sikrer stykkprisdelen at det opprettholdes et utvetydig signal om at innsats belønnes.

Utvalgets mindretall har i sin vurdering lagt til grunn at det uansett er for tidlig å trekke bastante konklusjoner om hvordan ISF virker etter knapt 5 år. Denne tiden kan ikke sies å gi det tilstrekkelige erfaringsmessig grunnlag for å gjøre *større* endringer. I tillegg legger mindretallet vekt på hensynet til enkelhet og forutsigbarhet i systemet. Det er gjennom de siste årene bygget opp en forståelse i sykehusene til hvordan ISF-ordning fungerer. En aktivitetskravmodell vil etter mindretallets vurdering være ny og kompliserende for sektoren. Mindretallet legger også til grunn at de statlige bevilgningene til pasientbehandling fortsatt bør være avhengig av det aktivitetsnivå som faktisk realiseres i sykehussektoren, uten noe form for tak på utbetalinger av refusjoner. Aktivitetsveksten vil imidlertid alltid være begrenset av størrelsen på rammetilskuddsdelen.

Mindretallet har også lagt vekt på at representantene fra sektoren i all hovedsak har ønsket seg en stykkprisbasert ordning i tråd med dagens system.

ISF-ordningen og poliklinikkrefusjonene gir i dag en stor grad av forutsigbarhet i inntektene til sektoren så lenge de utbetales uten noe form for tak. Kravet er kun at det er dokumentert aktivitetsøkning. Dette setter en rammebetingelse for sektoren hvor det ikke kan oppstå tvil om at innsats belønnes. Slik mener mindretallet det også bør være framover. De erfaringer man de siste årene har hatt med å sette tak på utbetalingene, enten gjennom det såkalte kryptaket eller ved å sette ned poliklinikktakstene på slutten av året, er oppfattet som utvetydig negativt i sykehussektoren. I en aktivitetskravmodell vil man ikke vite den økonomiske uttellingen på de enkelte områdene før året etterpå. Da vil det vise seg om aktivitetskravene på alle områdene er oppfylt. Dette gir usikkerhet om hva utbetalingene faktisk vil bli gjennom hele driftsåret. Dermed oppstår også mindre forutsigbarhet.

Mindretallet mener en viktig forutsetning for god styring er at det etableres en felles forståelse for hva som er realistiske rammer mellom eier og foretak. Dette må være målsettingen for enhver dialog om budsjettrammer og aktivitet. Mindretallet viser videre til at det år etter år har oppstått store avvik mellom det som har vært planlagt og faktisk aktivitet. En aktivitetskravmodell gir etter mindretallets vurdering ingen løsning på dette.

Snarere tror disse medlemmer at diskusjonen om det nivå som skal utløse toppfinansiering i aktivitetskravmodellen vil bli en endeløs diskusjon om kvantitet snarere enn diskusjon om helsetjenestens innhold og prioriteringer. Mindretallet vil peke på at aktivitetskravmodellen forutsetter at det defineres et nøyaktig aktivitetsnivå som definerer hva tid tilleggsfinansiering inntrer. Samtidig definerer dette nivået hvordan taket for utbetalingene settes. I denne modellen blir dermed fastsettelsen av dette nivået helt avgjørende for regionale helseforetaks økonomi. Dette inntrykket forsterkes gjennom den vekt som tillegges forslaget om etablering av et teknisk beregningsutvalg. Erfaringene fra stykkprisforsøket på 90-tallet understøtter også at fastsettelsen av dette nivået blir et vesentlig problem. En felles forståelse av hva som er realistiske rammer kan like gjerne knyttes til en dialog om hva som skal være rammetilskuddet i en blandingsmodell som i en aktivitetskravmodell.

Utvalgets mindretall, medlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk, foreslår:

Alternativ til forslag 27 (kapittel 19)

- Staten benytter en blandingsmodell for finansiering av regionale helseforetak der en som en videreutvikling av dagens ordning lar stykkprisgrunnlaget gradvis utvides til å omfatte alle hovedaktiviteter.

Utvalgsmedlemmene Slåttebrekk og Magnus vil ikke anbefale ytterligere økning i refusjonssatsen. Dette gjelder for alle modellene med stykkpriselement. Med en ytterligere økning i refusjonssatsen vil resultatet kunne bli mer og mer lik en ren stykkprismodell med de problemer dette innebærer. Et refusjonssystem som tar sikte på å dekke marginalkostnaden ved økt behandling gjennom refusjonen alene er forskjellig fra mindretallets anbefaling om blandingsmodell. I den anbefalte blandingsmodellen ligger styringsmulighet gjennom fastsetting av rammetilskuddet, enten fra staten som eier eller fra det regionale helseforetak som eier.

Utvalgsmedlemmet Flatø anbefaler at refusjonssatsen for ISF foreløpig holdes på uendret nivå etter etablering av 60 prosent refusjonsandel i 2003. Størrelsen på refusjonsandelen må vurderes fortløpende, blant annet ut fra hensyn til hva som best ivaretar hensynet til å fremme kostnadseffektivitet, økonomisk balanse i foretakene og akseptable ventetider. Ønsket om å avklare realistiske forutsetninger for aktiviteten ved tildelt rammebudsjett kan like gjerne knyttes til et 50–60 prosent rammetilskudd som til et 100 prosent rammetilskudd.

Fordelingskriterier for aktivitetsuavhengige tilskudd

Utvalget har merket seg at de fleste land i Europa nå finansierer hele eller store deler av helsetjenestene ved at organer som er bestillere av helsetjenester får tildelt et tilskudd avhengig av behovene til befolkningen eller pasientene disse organene har ansvaret for. Det er særlig to argumenter som benyttes for behovsbasert ressursfordeling:

- *fordelingshensyn* ved at det bidrar til lik tilgang til helsetjenester for personer med likt behov
- *effektivitet* ved at det bidrar til høyere kostnadseffektivitet.

Utvalget vil understreke at det benyttes ulike metoder for valg og beregning av kriterier for fordeling av behovsbaserte tilskudd. Utgangspunktet er at den pris som utbetales helseforetakene per innbygger skal dekke innbyggerens relative utgiftsbehov. Kjennetegn ved innbyggerne må derfor tas hensyn til når behovet beregnes. I prinsippet bør behovskriteriene, alt annet like, representere forhold som reelt påvirker tilbøyeligheten til å ta i bruk helsetjenester.

Utvalget har valgt å utvikle separate kriterier eller kostnadsvekter for fordeling av ressurser til somatiske helsetjenester, psykiatriske helsetjenester, rusmiddel og transport. Dersom det er ønskelig, kan disse samordnes. Hvorvidt dette bør gjøres vil bl.a. avhenge av om staten i framtida velger å finansiere deler av spesialisthelsetjenestene gjennom stykkprisordninger som ISF.

Når det gjelder somatiske helsetjenester viser analyser som er gjort, en klar og systematisk sammenheng mellom alder og forbruket av somatiske sykehustjenester. Utvalget mener derfor at dagens praksis der utgiftsbehovet for somatiske sykehustjenester i hovedsak ivaretas gjennom et sett av alderskriterier, videreføres. I tillegg til alder, er det dokumentert at reisetider påvirker utgiftsnivået noe. Det foreslås derfor at reisetider tas inn som kriterium. Forslag til kostnadsnøkkel for somatiske helsetjenester er vist i kapittel 20.

For psykiatrien har utvalget valgt å benytte en modell basert på alders- og sosiale kriterier. I tillegg er det dokumentert at et kriterium som beskriver flytting på en god måte fanger opp ressursbehov. Dette kriteriet benyttes for å korrigere fordelingsgrunnlaget for psykiatrien. Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykiatrien er vist i kapittel 20.

På bakgrunn av tidligere analyser som dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser, vil utvalget tilrå at kostnadsnøkkelen for psykiatri også benyt-

tes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen.

Ved en eventuell overføring av utgiftene til syketransport til regionale helseforetak, bør det på lang sikt etableres kriterier i inntektssystemet for regionale helseforetak som tar hensyn til variasjoner i transportbehovet mellom ulike landsdeler. På kort sikt bør eventuell fordeling av ressursene til regionale helseforetak skje på basis av historiske kostnader. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig risikodeling mellom stat og foretak, mener utvalget at det bør gis en særskilt kompensasjon til helseforetakene for dette.

Utvalgets forslag til nye kostnadsvekter vil innebære endringer i fordelingen mellom regionene. Resultatene viser at forventet utgiftsbehov i Helse Øst RHF er noe lavere enn dagens utgifter skulle tilsi når det gjelder somatikk, og betydelig lavere når det gjelder psykiatri. For Helse Nord RHF viser de nye kostnadsnøklene noe lavere utgiftsbehov enn dagens nivå når det gjelder somatikk og noe høyere når det gjelder psykiatri. For de andre helseregionene gir de nye analysene en noe høyere forventet utgiftsbehov enn tidligere analyser. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til denne type analyser. Utvalget anbefaler derfor at departementet arbeider videre med kostnadsnøklene i 2003 med sikte på innføring av nye kostnadsnøkler fra 2004. I denne sammenheng anbefaler utvalget bl.a. at utgiftsvariasjoner innen psykiatrien analyseres med utgangspunkt i variasjoner i reisetider. Også variabler som beskriver etnisitet bør underlegges en nærmere analyse.

Uavhengig av resultatene av nye analyser, må det etableres overgangsordninger som sikrer helseregionene mot raske endringer i inntektsnivået.

Utvalgsmedlemmene Flatø, Magnus og Slåttebrekk finner ikke grunnlag for å hevde at dagens ressursfordeling mellom regioner har gitt ulik tilgjengelighet til helsetjenester. Fordelingen av ressurser til regionene skal ivareta mange hensyn som ikke lar seg objektivisere i fordelingsnøkler. «Fordelingsnøklene» som utvalget har fått beregnet, tyder imidlertid på at det er relativt stor forskjell mellom faktisk ressursfordeling og den fordeling som fordelingsnøklene ville gitt. Denne informasjonen bør også brukes som en del av beslutningsgrunnlaget ved framtidige ressurstildelinger.

Litteraturliste

Biørn, E., T. P. Hagen, T. Iversen og J. Magnussen. (2002): The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000. Hero-rapport 2002: 8.

Bjorvatn A., Kjerstad E., Sannarnes og Sunnevåg (2002): Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak Samfunns- og næringslivsforskning AS, SNF-rapport 34/02

Bjørnenak, T.P. Hagen, T. Iversen og J. Magnussen (2000): En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon. Sammendragsnotat Senter for helseadministrasjon og Universitetet i Oslo. Hero-rapport 2000: 2

Blewett, Lynn A., Maureen A. Smith og Todd G. Caldis (2001): Measuring the Direct Costs of Graduate Medical Education Training in Minnesota, Academic Medicine Vol.76, No.5, May 2001: 446–452.

Bratlid, D. (2002): Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskrift for Den norske lægeforening 122, 386–391.

BRI Inquiry Secretariat (1999) BRI Inquiry paper on commissioning, purchasing, contracting and quality of care in the NHS internal market.

Bruen Olsen, T. og A. Kaloudis (1997): Publisering og sitering innen medisinsk forskning. NIFU skriftserie 9/97. Oslo: NIFU.

Busse, R., (2000): Health care systems in transition. Germany. The European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Centers for Medicare and Medicaid Services, USA (http://cms.hhs.gov/)

Chalkley, M. og D. McVicar (2001): Contracts in the NHS: An Empirical Study Dundee Discussion Papers in Economics No 124

Chalkley, M. og J.M. Malcomson (1998): Contracting for Health Services when Patient Demand Does Not Reflect Quality, Journal of Health Economics, Vol. 17, No. 1, pp.1–19

Cutler, D. M. og M. McClellan. (2001): Is Technological Change In Medicine Worth It? Health Affairs, September/October 20:11–29.

Dahl, E. (1995): Hvilken betydning har sosiale ulikheter for helseforhold i Norge?, Tidsskrift for den Norske Lægeforening, Vol. 115, No. 9, 1101–1104.

Dalen D.M, J. Grytten og R. Sørensen (2002): Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus. Forskningsrapport 16 Handelshøyskolen BI.

Dalen, D.M. (2000): Konkurranseutsetting av offentlige tjenester: Eierskap, kontrakter og konkurranse. Sosialøkonomen, 54, 23–28.

Det danske Sundhedsministeriet (1993): Sygehusfinansiering og casemix, Sundhedsanalyser 1999: 3

Dranove, D. (2000): The economic evolution of American health care. Princeton University Press, Princeton and Oxford.

Enthoven, A. (2000): In Pursuit of an Improving National Health Service, Health Affairs 19: 102–119.

Fattore, G. (1999): Cost containment and health care reform in the British NHS, i Mossialos, E. og LeGrand, J. (red.): Health care and cost containment in the European Union. Aldershot: Ashgate.

Folmer, K., og E. Westerhout, (2002): Financing medical specialist services in the Netherlands: CPB, Welfare implications of imperfect agency. CPB Discussion Paper No 6 2002. Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. The Hague, The Netherlands.

Friis, S. og P. Vaglum (1999): Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning. 2. utgave. Oslo: Tano Aschehoug.

Grannemann T.W., Brown R.S. Estimating hospital costs – a multiple output analysis J Health Econ 5 (2): 107–127 Jun 1986

Hagen, T. P., T. Iversen og J. Magnussen. (2001): Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992–1999: Hvilke effekter ga Innsatsstyrt finansiering?. HERO Skriftserie 2001: 5. Oslo: Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram.

Hagen, T. P. 1999. Sykehusene organisert som etater: Problemer og reformønsker. NOU 1999: 15 Vedlegg 2. Oslo: Statens trykksaksekspedisjon.

Hagen, T.P. og R.J. Sørensen (1995): Somatiske sykehustjenester: Prioriteringer av somatiske sykehustjenester i fylkeskommunene 1980–1992, Samarbeidsrapport, Norsk Institutt for By- og Regionsforskning og Handelshøyskolen BI.

Halsteinli, V. (1994): Sykehustjenester i Oslo og Akershus: Ressursbruk og ressursbehov, Delrapport 4 i ROAR-prosjektet, Norsk Institutt for Sykehusforskning.

Halsteinli, V., H. Torvik og T.P. Hagen (2001): Vekst og virkemidler. Fylkeskommunale effekter av ISF og øremerkde tilskudd til psykisk helsevern. STF78 A015027. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hammervold, R. og S. Jørgensen (1989): Regionale variasjoner i bruk av sykehus, Rapport 5/89, Norsk Institutt for Sykehusforskning

Hellandsvik, P. (2002): Kan spesialistene brukes bedre? Tidsskrift for Den Norske lægeforening 122, 2178.

Helsedepartementet (2002): Høringsnotat. Endringer i pasientrettighetsloven m.m. november 2002.

Hem, K.G. (2000) Økonomiske konsekvenser av sykefravær. SINTEF Unimed.

Hem, K.G., J. Lippestad og A.H.Eide (1998): Helsekøer og sykefravær. Tre spørreundersøkelser. Sintef Unimed.

Imai, Y., S. Jacobzone, og P. Lenain, (2000): The changing health system in France. Working papers no. 269. Economics Department, OECD, Paris.

Iversen T (2000): Uforutsigbarhet i ISF-ordningen. Vedlegg 11 til rapporten En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon.

Iversen T. (2002): Finansiering av private aktører i spesialisthelsetjenesten – med vekt på legespesialister,, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, oktober.

Iversen, T. (2000): Utviklingen i sykehusenes undervisningsoppgaver, Vedlegg 6 i Bjørnenak, Trond, Terje P.Hagen, Tor Iversen og Jon Magnussen: En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon. Sammendragsnotat. Oslo: SINTEF Unimed, HERO Helseøkonomisk Forskningsprogram, Skriftserie 2000: 2, ved Universitetet i Oslo.

Iversen, T. og T. P. Hagen (2002): Innsatsstyrt finansiering og utvikling i pasientsammensetningen i norske sykehus 1995 – 2000. Arbeidsnotat 2002: 1. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Iversen, T., G.S. Kopperud, (2002): Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskrift for Den Norske lægeforening 122, 2199–2203.

Jacobzone, S (2002): Presentations from the OECD Study on Ageing-Related Disease: What is best and at what cost? OECD, July 2002.

Johannessen, (2002): Schizofreni – omfang og betydning, Tidsskriftet for Den norske lægeforening nr 20-sider: 2011–4.

Johnsen, P.H. og K. Östergren (2002): Økonomisk styring for forandring, Arbeidsnotat, Program for helseøkonomi i Bergen, 2002

Järvelin, K. (2002): Health care systems in transition. Finland. The European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Jørgenvåg, R., Paulsen, B., J,. Magnussen (2000): Private spesialister og offentlig helsevesen – pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene indremedisin, øre, nese og hals og øye. Rapport STF78 A00506. SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, Trondheim

Karlsson (2002): En detaljert kartlegging av aktivitet og ressursforbruk ved fire avdelinger. Undervisning ved Ullevål Universitetssykehus. Senter for Helseadministrasjon, UIO.

Karstensen (2001) Kronikerne og ISF / Aina Karstensen. Trondheim: SINTEF Unimed, NIS helsetjenesteforskning, 2001. 23 bl. (SINTEF rapport / SINTEF Unimed, NIS helsetjenesteforskning; STF78 A015002) ISBN 82–14–02192–8 (h.)

Kerr, E., (2000): Health care systems in transition. Belgium. The European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Kittelsen, Magnussen og Piro (2002): Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader? Frisch-senteret, Sintef Unimed og Senter for Helseadministrasjon, UIO.

Kjerstad, E. og T.E. Olsen (2002): Finansiering av helseforetak basert på relative prestasjoner,, Samfunns- og næringslivsforskning AS og Program for helseøkonomi i Bergen (HEB), SNF-rapport nr 41/02.

Kopperud, G. S. og T. Iversen (2002): Beregning av en tilgjengelighetsindeks til spesialisthelsetjenester på kommunenivå. HERO Working Paper 2002: 14. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.

Kyvik, S. (2001): Publiseringsvirksomheten ved universiteter og vitenskapelige høgskoler. NIFU skriftserie nr. 15/2001. Oslo: NIFU – Norsk institutt for studier av forskning og utdanning.

LeGrand, J., Mays, N. og Dixon, J. (1998): The reforms: success or failure or neither?, i LeGrand, J., Mays, N. og Mulligan, J-A. (red.): Learning from the NHS Internal Market. Review of the evidence. London: Kings Fund.

Linna, Miika, Unto Häkkinen og Eero Linnakko (1998): An Econometric Study of Costs of Teaching and Research in Finnish Hospitals, i Journal of Health Economics, Nr. 7, 1998, side 291–305.

Lopez-Casasnovas, Guillem og Marc Saez (1999): The Impact of Teaching Status on Average

Costs in Spanish Hospitals, Health Economics,Vol.8: Nr. 7: 641–651.

Magnussen, J. (1995): Utgiftsbehov til helsetjenesten i fylkeskommunene: Oversikt over problemstillinger. Notat. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning.

Magnussen, J. og B. Kalseth (1997): Samdata-rapport 1/98: Sykehussektoren på 90 tallet SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Mossialos, E. and J. Le Grand, J. (red.) (1999): Health Expenditures in the European Union – Cost and control. Ashgate: Aldershot.

Murray C.J. og L. Lopez (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University press-

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (2001): Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter. Utredning fra en prosjektgruppe nedsatt av NR,. Utredning nr. 1.

Nerland, S. M. (2000): Er liggetid betinget av finansieringsordninger? En analyse av paneldata fra 63 norske somatiske sykehus i årene 1976–1999. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Newhouse, J. P.1992. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? Journal of Economy Perspectives, Summer, 6(3):3–21.

Nord, E. (1988): Sosiale variasjoner i helseforbruk, Helsetjenesten, 3–88.

Nordisk Helsepolitisk Forum, Sykehusvæsenet mod år 2000. 1995.

NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1997: 18, Prioritering på ny.

NOU 1997: 27 Nytte-kostnadsanalyser.

NOU 1998: 8 Luftambulansetjenesten i Norge.

NOU 1998: 9 Hvis det haster …

NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være?

Nyland, K., B. Kalseth og S. Petersen (1994): Aktivitet ved Innherred sykehus og Innherred sykehusområde, Prosjektrapport STF81 A94003, Norsk Institutt for Sykehusforskning.

OECD Health Data (2002)

OECD. (1992): The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Health Policy Studies No. 2. Paris: OECD

Opthof, Tobias (1997): Sense and nonsense about the impact factor, Cardiovascular Research 1997; 33; 1–7.

Or, Z (2001): Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries. Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 46. Paris: OECD

Pafi-utredningen Vurdering av DRG-finansiering av lands- og flerregionale funksjoner, SINTEF Unimed 2002 – vedlegg 2 til Helsedepartementets arbeidsgrupperapport vedr. regionsykehustilskuddet (referanse Vandeskoggruppen 2002) – (http://www.dep.no/hd/norsk/publ/rapporter)

Paton, C. 2000. The Impact of Market Forces on Health Systems. Rerview of Evidence in the 15 EU Member States. Dublin: European Health Management Association.

Pedersen, Kalseth og Hagen (2002) Forslag til kostnadsnøkkel for det psykiske helsevernet, SINTEF Unimed, juni 2002.

Praksisgruppa, interdepartemental arbeidsgruppe, Praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten, 2002

Propper, C. (1996): Market structure and prices: The responses of hospitals in the UK National Health Service to competition, Journal of Public Economics 61: 307–335.

Propper, C. og Søderlund, N. (1998): Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs, Health Economics 7: 187–197.

Propper, C., Wilson, D. og Søderlund, N. (1998): The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices, Journal of Health Economics 17: 645–673.

Rattsø, J. 1998. Fiscal Federalism and Stat-Local Finance. Chelterham, UK: Edvard Elgar.

Rice, N. and P. Smith. 2001. Strategic resource allocation and funding decisions. I Mosialos, m.fl. Funding Health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press.

Riksrevisjonen, Dokument 3:6 (2001–2002) Innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus.

Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (1997–1998).

Robinson, J. C., (1999): Blended payment methods in physician organizations under managed care. Journal of American Medical Association 282, 1258–1263.

Robinson, J. C., (2001): The end of managed care. Journal of American Medical Association 285, 2622–2628.

Robinson, J. C., Casalino, L.P., (2001): Reevaluation of capitation contracting in New York and California. Health Affairs, Supplement Web Exclusives, W11-W19.

Robinson, R. (1999): Health care systems in transition. United Kingdom. The European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Rund BR. (1995). Schizofreni – hvor mye bruker vi på behandling og forskning? Tidsskriftet Norsk Lægeforening; 115: 2682 – 3.

Rundskriv I-6/2001 Omlegging av gjestepasient-oppgjøret fra 1. mars 2001 Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-8/2000 Godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og medisinske kompetansesentra. Sosial- og helsedepartementet.

SAMDATA Psykisk helsevern rapport 7/01 – Pedersen, P. B. Psykisk helsevern på 1990-tallet – utviklingstrekk og regionale variasjoner SINTEF Unimed.

SAMDATA Sykehus og Psykisk helsevern rapport 3/02 – Huseby, B.M. (red) Helseregionenes utfordringer, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

SAMDATA Sykehus rapport 3/01 – Hansen, F.H. (red.) Sykehusstruktur i endring. SINTEF Unimed.

Seglen, Per O. (1997): Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research, British Medical Journal 1997; 314; 498–502.

SINTEF Unimed-studie om sykestuer -internt notat fra Sintef Unimed til Helsedepartementet med tittel Kan ISF-basert finansiering innføres ved norske sykestuer? Om kvalitet på dataregistrering ved norske sykestuer. 19. juni 2002.

Sivertsen (2002) Måling av forskningsaktiviteten ved sykehusene. Norsk institutt for studier av forskning og utdanning.

Skoglund E og A. Taraldset (2000): Legemarkedet i Norden 1980–2000, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 17 2000.

Slåttebrekkutvalget – arbeidsgruppe som vurderte innretningen på regionsykehustilskuddet, Sosial- og helsedepartementet 1998.

Sosial- og helsedepartementet (2001a): Redegjørelse om folkehelsen. I-0945 B.

Sosial- og helsedepartementet (2001b): Sykehusreformen – noen eierperspektiv

Sosial- og helsedepartementet, Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, fastsatt ved kgl. Res. 1.12.2000.

Sosial- og helsedirektoratet (2002) Distriktsmedisinske sentre – utvikling av sykestuer til framtidas desentraliserte spesialisthelsetjeneste

Statistisk sentralbyrå (2002) Spesialister med fylkeskommunale driftsavtaler, 2001.

Statistisk Sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995

Strunk, B. C., Ginsberg, P. B., Gabel, J. R.,(2001): Tracking Health Care Costs. Health Affairs, Supplement Web Exclusives, W39-W50.

Strøm T., H. Bakken og I. Brænden (2002): Analyse av interne styringssystemer i sykehus, Accenture, august 2002.

Sørensen R. (2001). Er det nok å la lederne lede – eller må de presses? Bruk av eierskap, kontrakter og konkurranse i offentlig tjenesteyting. BI-notat.

Thorsvik, D. (1986): Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket, Rapport 5/86, Statens Institutt for Folkehelse: Gruppe for helsetjenesteforskning.

Vallgårda, S., Krasnik, A., og K. Vrangbæk, (2001): Health care systems in transition. Denmark. The European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Van de Ven, W. P. M. M. and R. Ellis. 2000. Risk adjustments in competetive health plan markets. In J. P Newhouse and A. J. Culyer (eds) Handbook in Health Economics. Amsterdam: North-Holland.

Vandeskoggruppen (2002) Arbeidsgrupperapport – forslag til ny ordning for regionsykehustilskuddet, Helsedepartementet. (http://www.dep.no/hd/norsk/publ/rapporter)

Aaraas, Ivar (1998) Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. ISF skriftserie nr 45 B. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Vedlegg 1

Forslag til videreutvikling av DRG-systemet

Brev av 24. oktober 2002 til Helsedepartementet fra utvalget som utreder finansieringssystem for spesialisthelsetjenestene

Staten overtok eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenestene fra 1. januar 2002. Utvalget som utreder framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenestene ble nedsatt i februar 2002 og avgir innstilling innen 31. desember 2002. Utvalget har i flere omganger diskutert om det er ønskelig å videreutvikle pasientklassifiseringssystemene, på hvilke måter dette eventuelt kan gjøres, og hvordan ulike oppgaver eventuelt bør prioriteres. Siden arbeid med utvikling og endring av systemer for pasientklassifisering tar tid, har utvalget valgt å ta et initiativ overfor Helsedepartementet før selve innstillingen avgis.

Det finnes en rekke systemer for klassifisering av pasienter. Mest kjent i Norge er DRG-systemet som klassifiserer inneliggende somatiske pasienter og pasienter som behandles dagkirurgisk, i medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene grupper. DRG-systemet ble innført i Norge i 1987–88 og har gjennom kopling til et sett kostnadsvekter gitt informasjon om relative kostnader ved somatiske sykehus. Fra 1. juli 1997 er DRG-systemet også benyttet som prissystem i samband med Innsatsstyrt finansiering (ISF).

Generelle retningslinjer

Utvalget mener at DRG-systemet fortsatt skal benyttes som nasjonalt klassifiseringssystem for pasienter ved somatiske sykehus. Utvalget mener videre at en bør legge følgende retningslinjer til grunn for videreutvikling av systemet:

- Det skal være et statlig ansvar å videreutvikle systemet i tråd med medisinske og kostnadsmessige endringer, bl a gjennom oppdatering av kostnadsvektene i systemet.
- Regionale helseforetak skal benytte systemet som et klassifiseringssystem i samband med somatisk pasientbehandling.
- Regionale helseforetak må fortsatt stå fritt i sin bruk av prisene i DRG-systemet og må kunne variere prisene i f t ulike pasientgrupper og institusjoner avhengig av lokale etterspørselsforhold og ønskede prioriteringer.

Dette innebærer at DRG-systemet blir et nasjonalt klassifiserings- og referanseprissystem som gir staten ved Helsedepartementet, regionale helseforetak og andre muligheter til å følge aktivitet, prioriteringer og kostnadsutviklingen innen somatiske spesialisthelsetjenester. Regionale helseforetak vil i tillegg ha muligheter for å benytte systemet til prisfastsettelse og i forbindelse med kostnadssammenlikninger, og målestokk- og anbudskonkurranser.

Offentlige og private poliklinikker, private spesialister

I tillegg til DRG-systemet benyttes flere systemer som basis for finansiering av somatisk pasientbehandling:

- Sykehusenes polikliniske virksomhet finansieres gjennom et eget takstsystem administrert av Rikstrygdeverket (RTV)
- Private spesialister finansieres gjennom et eget takstsystem administrert av RTV.

Disse ordningene baseres på registreringer av virksomheten som er ulik den som finnes i DRG-systemet. Det er også variasjoner mellom takstsystemet for offentlige poliklinikker og private spesialister. Dette fører til at det ikke er mulig å få en enhetlig oversikt over aktivitetene i og utenfor sykehus. I forhold til private spesialister eksisterer ingen beskrivelse av aktiviteten. På denne bakgrunn blir det vanskelig å drive planlegging av behandlingsaktivitetene, både med hensyn til utvikling av behandlingsprogrammer for pasientene og med hensyn til valg av de helseprodusenter som tilbyr den beste kombinasjon av pris og kvalitet. Presentasjon av enhetlig statistikk som omfatter all behandling innen somatiske spesialisthelsetjenesten, er ikke mulig.

For å skape bedre muligheter for planlegging må behandlingen registreres og kategorisere ved bruk av prosedyrekoder som kan brukes uavhengig av type helseprodusent. En gjennomgang av internasjonale og nordiske kodesamlinger viser at

det ikke finnes noe kodeverk som kan tas i bruk mer eller mindre direkte. Et norsk prosedyrekodeverk som skal være dekkende for aktivitetene i spesialisthelsetjenesten, må derfor i stor grad utvikles fra bunnen av. Stor hjelp i å utforme kodetekster kan en imidlertid få ved å studere internasjonale og nordiske kodesamlinger.

Etter utvalgets vurdering bør det startes opp et prosjekt med følgende innhold:

- Det utarbeides et enhetlig prosedyrekodeverk for å dekke aktivitetene innen spesialisthelsetjenesten, inklusive medisinske prosedyrer og all aktivitet ved poliklinikker og hos private spesialister. Kodeprinsippene bør i størst mulig grad være i tråd med gjeldene kodeverk (NCSP, NORAKO). Arbeidet må samordnes med kode- og klassifiseringsarbeidet i Norden for øvrig, herunder NordDRG-O som er under utvikling for dagkirurgi og deler av poliklinisk aktivitet.
- All aktivitet, også aktiviteten ved poliklinikkene og hos private spesialister, skal etter utvikling av det enhetlige prosedyrekodeverket aggregeres slik at man får medisinsk meningsfulle og samtidig statistisk sett relativt kostnadshomogene produktgrupper.
- Når det finnes sammenliknbare produktgrupper for all aktivitet ved sykehusene kan en beregne gjennomsnittskostnader for gruppene i likhet med i dagens DRG-system. Kostnadsberegningene kan benyttes til både interne, regionale og nasjonale ressursvurderinger og, om aktuelt, til å utvikle et mer komplett finansieringssystem basert på aktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Det prosjektet som foreslås er omfattende og vil totalt måtte strekke seg over flere år. Det kan imidlertid gjennomføres i faser der resultatene implementeres etter hvert. I første fase bør det tas sikte på å innføre enhetlige prosedyrekoder for innleggelser og poliklinikk samt gruppering av poliklinikktjenester i diagnose/prosedyre–par. Kostnadsvurdering for de ulike gruppene påbegynnes for å gjøre gruppene kostnadshomogene. I en senere fase behandles spesielle medisinske fagområder som ikke har tilfredsstillende muligheter for prosedyreregistrering i dag.

Det er grunn til å tro at innføringen av et slikt enhetlig system for aktivitetsregistrering vil gi innsparinger på to måter: 1) Ved at tre parallelle aktivitetsregistreringssystemer erstattes med ett, vil administrative kostnader kunne bli mindre. 2) Ved at kostnader og inntekter hos tjenesteyterne vil kunne estimeres bedre, øker mulighetene for å foreta rasjonelle valg av behandlingssted og –nivå.

Høyspesialiserte funksjoner

Deler av den høyspesialiserte medisinen er i dag lagt til såkalte lands- og flerregionale funksjoner. Disse funksjonene finansieres på ulike måter. Enkelte typer behandlinger, for eksempel transplantasjoner, delfinansieres gjennom særskilte DRGer. Andre typer av høyspesialisert behandling finansieres for en stor del gjennom rammebevilgninger som går via basisrammen for regionale helseforetak. Landsfunksjonene skal, i prinsippet, være fullfinansiert fra staten. Dette gjelder i mindre grad for flerregionale funksjoner der retningslinjene har vært mindre klare.

Utvalget har i sitt arbeid registrert noen mulige problemer knyttet til finansieringen av høyspesialiserte funksjoner. For det første blir det hevdet at statens finansiering av merkostnadene knyttet til pasientbehandlingen i lands- og flerregionale funksjoner ikke er tilstrekkelig. For det andre blir det hevdet at den økonomiske risikoen for økte kostnader eller for økning i pasientvolum ved lands- og flerregionale funksjoner i praksis ligger hos det sykehus som er tildelt en slik funksjon.

Utvalget mener at regionale helseforetak som en følge av at de er tillagt ansvaret for å sørge for helsetjenester til befolkningen i sin region, også må tillegges ansvaret for anskaffelse av høyspesialiserte tjenester. Dette innebærer at det må eksistere oppgjørsordninger mellom regionale helseforetak. I henhold til en studie utført våren 2002 av Sintef Unimed, Avdeling for pasientklassifisering og finansiering, synes det fullt mulig å benytte DRG-basert finansiering for en større del av den høyspesialiserte medisinen. Noen av funksjonene vurderes derimot som uegnet for DRG-finansiering. Dette gjelder for eksempel landsfunksjoner ved Spesialsykehuset for epilepsi, sædbank, og nyfødtscreening av fenylketonuri/hypotyreose. Utvalget vil med utgangspunkt i denne studien anbefale at det settes i gang arbeid med DRG-plassering og kostnadsberegning av de anbefalte delene av den høyspesialiserte medisinen. Siden enkelte av disse tjenestene utføres ved ett eller meget få sykehus, anbefaler utvalget å sammenlikne kostnadene ved norske sykehus med kostnadene ved sykehus i andre nordiske land.

Etter utvalgets mening bør forslaget om DRG-basert finansiering av en betydelig større del av høyspesialiserte behandlinger kunne iverksettes fra 2004. Når det gjelder tjenester som ikke raskt kan innlemmes i DRG-systemet og kostnadsbereg-

nes, vil utvalget komme tilbake til forslag til løsninger i sin endelige innstilling. Utvalget vil i innstillingen også komme tilbake til spørsmålet om finansiering av forskning, utviklingsarbeid og kompetanseoppbygging i forbindelse med høyspesialisert behandling.

Særskilte prosedyrer og medikamenter

Utvalget har i sitt arbeid blitt bedt om en særskilt vurdering av finansiering av operasjoner for døve der det benyttes Cochlea-implantat. Utgangspunktet er et privat forslag fra stortingsrepresentantene Inger Stolt-Nielsen og Steinar Bastesen (jf Innst.S.nr. 84 (2001–2002)). Stortingets gjorde etter debatten om forslaget følgende vedtak:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for at finansiering av operasjoner for behandling av døve og døvfødte der Coclea-implantat brukes, blir gjennomgått og justert i den forestående vurdering av sykehusfinansiering.»

Med den overnevnte finansieringsløsningen for høyspesialisert medisin, er det etter utvalgets mening funnet et tilfredsstillende løsning for disse pasientene.

Konklusjon

Utvalget anbefaler at arbeidet med å utvikle DRG-systemet som er beskrevet her, starter opp raskt og uten å vente på utvalgets videre anbefalinger om valg av framtidige finansieringssystem for spesialisthelsetjenestene. Arbeidet vil uansett framtidig finansiering av regionale helseforetak kunne danne grunnlag for bedre oppfølging av aktivitet og kostnader mellom regionale helseforetak og helseforetak.

Utvalget kommer tilbake til nærmere diskusjon av klassifiseringssystemer og betalingssystemer innenfor psykiatri, habilitering og rehabilitering i sin endelige innstilling.

Med vennlig hilsen
Terje P. Hagen
Utvalgsleder

Vedlegg 2

En meny av kontrakter[1]

I dette vedlegget presenteres en meny av kontrakter som det regionale helseforetaket kan inngå overfor ulike helseprodusenter. Første presenteres ulike kontraktstyper, deretter følger en diskusjon rundt de ulike kontraktenes velegnethet i ulike situasjoner som er relevant for helsesektoren. Til slutt følger en kort oppsummering.

Det er vanlig å skille mellom kontrakter som spesifiserer betalingsbetingelser som avhenger enten av volum og/eller av (realiserte) kostnader av ulike aktiviteter:

Rene rammekontrakter. Med dette menes at regionale helseforetak tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning og forventer behandlede pasienter i bytte. Tilpasning av kvalitet og omfang av tjenesteproduksjonen skjer i sykehuset uten innblanding fra overordnede myndigheter.

Sofistikerte rammekontrakter. Disse kontraktene kombinerer en ren rammekontrakt med en avtale som åpner for forhandlinger om kostnadsdeling hvis realisert produksjonen er utenfor forventet volum. I denne typen kontrakt spesifiseres det ofte ikke konkret hvilken kostnadsdeling som skal gjelde hvis realisert og avtalt produksjon avviker, bare at det skal være forhandlinger.

Rammekontrakter med produksjonskrav. Disse kontraktene tildeler sykehuset en ramme som skal dekke forventet tjenesteproduksjon opp til et gitt volum. For produksjon utover dette gitte volumet mottar sykehuset betaling per utført tjeneste (stykkprisbetaling).

Stykkpriskontrakter. Ved denne kontraktstypen betaler det regionale helseforetaket per utført tjeneste eller eventuelt per behandling gitt en bestemt kvalitet. Prisen bestemmes ved inngangen til hvert budsjettår.

Kostpluss kontrakter.[2] Dette er en kontraktstype som sier at tilskuddet til sykehuset fastsettes i etterkant basert på kostnadene som dokumenteres i regnskapet.

Disse ulike kontraktsformene varierer med hensyn til både realisert volum og realiserte kostnader. Eksempelvis inneholder rene rammekontrakter ingen elementer som gjør at betalingsbetingelsene varierer med realisert volum og regnskapsførte kostnader. Stykkpriskontraktene på sin side er lineære volumkontrakter, mens kostplusskontraktene rendyrker samsvaret mellom realiserte kostnader og den betaling sykehuset får.

Det er også mulig å tenke seg ulike varianter at hovedtypene. Eksempelvis kan man ha en stykkpriskontrakt med øvre grenser for hva som blir honorert. En slik kontrakt vil ha mange likheter med en rammekontrakt med produksjonskrav. Dette illustrerer også at det vil være flytende overganger mellom hovedtypene av kontrakter.

Hva slags kontrakter som egner seg i ulike situasjoner avhenger av hvilke mål regionale helseforetak vil oppnå. For å strukturere diskusjonen antas det nå at regionale helseforetak vil ha mål med hensyn til

En diskusjon av ulike kontrakters velegnethet

- *kostnadseffektivitet* – at de tjenestene sykehuset produserer, blir produsert med et minimum av kostnader
- *kvalitet* – at de tjenestene sykehuset produserer har den kvaliteten som regionale helseforetak vil betale for. Med kvalitet menes her den medisinske kvaliteten ved sykehustilbudet og pasientenes tilfredshet med tilbudet.

Hva slags type kontrakter som egner seg for ulike typer helsetjenester er behandlet i prinsipal-agent teorien. Det grunnleggende dilemmaet i denne litteraturen er avveiningen mellom kvalitet og kostnadseffektivitet. Man ønsker gjennom kontrakten å anspore sykehusene til høy kostnadseffektivitet, men uten at man samtidig svekker kvaliteten på sykehusenes tilbud.

Det er verdt å påpeke at avveiningen mellom kvalitet og kostnadseffektivitet ikke bare er relatert til at høy kvalitet ofte krever mer bruk av innsatsfaktorer som personell og kapital. Enhver kontrakt vil, direkte eller indirekte, ha innbakte insitamen-

1. Det finnes mange måter å klassifisere kontrakter på. Her presenteres en klassifisering som samsvarer med de kontraktstypene som er mest brukt i den britiske helsesektoren (NHS). Se Chalkley og McVicar (2001) WP.
2. Denne typen kontrakt er ikke lovlig i NHS.

ter som påvirker ressursbruk, og dermed måloppnåelse. Eksempelvis kan bruk av kostpluss kontrakter føre til at sykehusene velger å fokusere for mye på kvalitet på bekostning av kostnadseffektivitet.

I tillegg er det ofte slik at kvalitetsaspektene ved helsetjenestene ikke er *verifiserbare*. Det betyr at domsapparatet ikke kan ta stilling til om kvaliteten på tjenestene faktisk oppfyller kravene som er stilt i kontrakten. I så fall er det ikke uproblematisk å bruke klassiske kontrakter overfor helseprodusenter fordi disse helseprodusentenes insitamenter til å tilby tjenester av høy kvalitet i større grad blir bestemt av egne ønsker enn av minimumskravet som lar seg spesifisere i kontrakten.

I tillegg til hvilke mål helseprodusentene forfølger peker resultater fra prinsipal-agent litteraturen på at den informasjon de regionale helseforetakene har om sykehusenes kostnader og pasientsammensetning på det tidspunktet kontrakten skrives, er viktige faktoren som må vurderes for å forstå hvilke egenskaper de ulikt typer kontraktene besitter.

Det henvises også til diskusjonen i kapittel 6 (hovedtyper av finansieringsmodeller). Her påpekes det at kostnadskompenserende kontrakter gir svake insitamenter til å drive kostnadseffektivt, men heller ingen insitamenter til å tilby lav kvalitet. Fastpriskontrakter derimot, gir sterke insitamenter til kostnadseffektiv drift, men også insitamenter til kostnadsreduksjoner gjennom kvalitetskutt hvis det ikke finnes mekanismer for å forhindre dette.

Sykehusenes og de bevilgende myndigheters mål

I dette avsnittet diskuteres ulike kontrakters velegnethet alt etter om det er samsvar eller ei mellom sykehusets og myndighetens mål.

Målforenelighet mellom sykehusets ansatte og de bevilgende myndigheter

Dersom sykehusets ledelse og ansatte har samme mål som de bevilgende myndigheter, er de rene rammekontrakter tilstrekkelig gode kontrakter. Dette følger fordi rammekontrakter, som er en fastpriskontrakt, gir sykehuset sterke insitamenter til å drive kostnadseffektivt. I tillegg vil pasientenes ønsker om tjenester av god kvalitet bli ivaretatt at sykehuset selv. Dets ledelse og ansatte har jo selv de samme målene som de bevilgende myndigheter.

Hvis det imidlertid er slik at det ikke er kjent på forhånd hvor mange behandlinger det er effektivt å utføre, eller hva behandlingene vil koste, kan rene rammekontrakter forbedres ved å inkludere produksjonskrav i kontrakten. På denne måten kan de regionale helseforetakene sikre seg at sykehusene ikke avviser pasienter på slutten av budsjettperioden hvis rammen sykehuset mottok ikke er tilstrekkelig for å dekke alle dets kostnader. Tilsvarende vil volumkravene sikre at ikke sykehusene responderer på en for stor ramme med å øke antall pasientbehandlinger (Chalkey og Malcomson, (1998)).

Sykehusets ansatte og bevilgende myndigheter har forskjellige mål

Hvis ikke sykehusets ledelse har samme mål som myndighetene, vil de rene rammekontraktene medføre dårligere måloppnåelse med hensyn til både kostnadseffektivitet og kvalitet enn det er mulig å oppnå ved alternative kontraktsutforminger. Dette har sammenheng med at de sykehusansatte vil ha preferanser for aktiviteter som myndighetene ikke har preferanser for. Sett fra myndighetenes side vil ressursbruk i forbindelse med disse aktivitetene utelukkende øke kostnadene uten at myndighetenes måloppnåelse øker. I dette tilfellet vil derfor en rammekontrakt med produksjons- og eventuelt kvalitetskrav være å foretrekke. De bevilgende myndigheter kan ved hjelp av en slik kontrakt vri ressursbruken i ønsket retning.

Dersom det i tillegg er slik at sykehuset kan påvirke antall pasienter som ønsker behandling gjennom å signalisere at det tilbyr god kvalitet, vil rene stykkpriskontrakter være å foretrekke. Denne konklusjonen følger fordi en tilbyder med høy kvalitet vil tiltrekke seg flere pasienter. Jo høyere stykkpris det regionale helseforetaket tilbyr, jo sterkere insitament har helseprodusenter til å forbedre kvaliteten. Dette impliserer at betaleren av helsetjenestene kan influere kvalitetsnivået ved hjelp av prismekanismen. Videre, og selv om prisen er satt for å indusere kvalitet, har tilbyderen sterke insitamenter til å tilby tjenesten så billig som mulig (fordi betalingen er en fast pris).

Dette er et kraftig resultat. Følgende forhold kan imidlertid modifisere stykkpriskontraktens fortreffelighet også i de tilfellene hvor sykehusenes kvalitet er avgjørende for pasientens valg av helseprodusent.

Pasientenes oppfatning av kvalitet må være korrelert med betalers oppfatning.

Dersom flere dimensjoner av kvalitetsbegrepet er viktig for betaler av helsetjenestene, må den rela-

tive vurderingen til pasient/lege samsvare med betalers vurdering. Eksempelvis kan betaler være mindre opptatt av at pasientene ligger på enerom enn det pasienten selv er. Problemet er at kjøper ofte bare kan sikre et gitt kvalitetsnivå, men ikke hvordan tilbyderen fordeler kvalitet (og innsats) på ulike dimensjoner.

Generelt vil det være slik at jo flere kvalitetsindikatoren de regionale helseforetakene, pasientene og primærlegene har tilgang til, jo større er de regionale helseforetakenes mulighet til å indusere kvalitet gjennom å la helseprodusentene konkurrere om pasientene.

Merk også at den ønskede etterspørselseffekten faller vekk hvis tilbyderne produserer på kapasitetsgrensen.

Risikodeling mellom betaler og tilbyder.

En ren stykkpriskontrakt innebærer at det er tilbyderen som bærer all kostnadsrisiko (se kapittel 19). Dersom tilbyder (sykehuset) er mer risikoavers enn betaler (det regionale helseforetaket), er dette ikke en optimal risikodeling sett fra en samfunnsøkonomisk synsvinkel. I slike tilfeller vil noe innslag av kostnadsdekning i kontrakten være optimalt

Asymmetrisk informasjon

Til nå er det antatt at myndighetene har like god informasjon om sykehusets kostnadsstruktur og pasientsammensetning som sykehusets ledelse og ansatte har. Dette vil oftest ikke være tilfellet. Sykehusets ledelse og ansatte vil typisk ha bedre informasjon både med hensyn til mulighetene for kostnadsreduksjoner (for eksempel muligheter for at andre organisasjonsmåter kan medføre bedre ressursbruk) og med hensyn til prioriteringsbeslutninger som tas. En rammekontrakt med produksjonskrav kan da oppmuntre sykehuset til å overdrive «naturgitte» forhold som tyngden av pasientgruppen og gammeldagse og tungdrevet bygninger, for derigjennom å oppnå romsligere budsjetter.

Slike problemer tas opp i nyere økonomisk reguleringsteori, der oppmerksomheten knyttes til informasjonsskjevheter i vid forstand mellom den regulerende instans og den eller de aktører som skal reguleres. Utgangspunktet er at sykehusets ledelse og ansatte vet mer om sykehusets muligheter for kostnadsreduksjoner enn de bevilgende myndigheter. Bevilgende myndigheter vil være interessert i å få de ansatte til å opplyse om potensialet for kostnadsreduksjoner. Utfordringen er da å lage kontrakter som er slik at sykehusets ledelse og ansatte oppmuntres til å gi korrekt informasjon.

Det kan vises at man i teorien kan oppnå dette ved å tilby sykehuset å velge mellom ulike *todelte tariff-kontrakter*. Dette er kontrakter som er utformet slik at sykehusene betaling består av både en fast (produksjonsuavhengig) ramme og en stykkprisbetaling som er knyttet til realisert produksjon. Kontraktene er utformet slik at de sykehusene som oppgir store enhetskostnader får en lav stykkpris, slik at de ikke skal produsere mye, mens de sykehusene som oppgir små enhetskostnader får høyere stykkpris, og dermed insitament til å produsere mer. Fastleddet til de sykehusene som oppgir lavere enhetskostnader er i tillegg justert slik at det er mer å hente for de effektive sykehusene ved å oppgi at de er effektive og handle deretter, enn ved å late som om de ikke er effektive.

Målestokk- og anbudskonkurranse

Regionale helseforetak vil kunne oppnå ytterligere gevinster dersom de har muligheter til å sammenligne resultatene som de forskjellige sykehusene oppnår. Slike sammenligninger (målestokkonkurranse) kan gi nyttig informasjon dersom ytre begivenheter (for eksempel endringer i aldersfordeling) påvirker alle sykehus på samme måte og man klarer å forhindre at sykehusene samarbeider for å unngå kostnadsreduksjoner. Det regionale helseforetaket kan da for eksempel knytte størrelsen på budsjettet til mål for observerte kostnader per DRG-poeng i forhold til gjennomsnittet for den aktuelle gruppe av sykehus. Sykehusene vil da bli oppmuntret til å anstrenge seg for å oppnå kostnadsreduksjoner, siden egne kostnadsreduksjoner i liten grad vil medføre budsjettreduksjoner følgende år.

For en nærmere beskrivelse av hvordan målestokkonkurranse kan brukes i helsesektoren henvises til rapporten *Finansiering av helseforetak basert på relative prestasjoner* (Kjerstad og Olsen, 2002).

I tillegg til målestokkonkurranse vil de regionale helseforetakene også kunne oppnå gevinster gjennom å konkurranseutsette visse typer tjenester. Dette betyr at de regionale helseforetakene benytter anbud eller auksjoner til å velge hvem som skal produsere, og til å bestemme hvilken pris denne produsenten skal produsere for. De mest åpenbare fordelene ved denne styringsformen er at oppdraget vil bli gitt til den bedriften som mener å kunne produsere tjenestene billigst, og at bevilgningen til produsenter som vinner i større grad vil

samsvare med de faktiske kostnadene ved å produsere.

Ulempene ved anbudskonkurranse er særlig knyttet til at kvaliteten som blir realisert kan avvike fra det som betaler anser som optimalt (Dalen, 2000). Det er flere grunner til dette. For det første så kan det oppstå en seleksjonseffekt ved at konkurransen tiltrekker seg helseprodusenter som vektlegger kvalitet på en annen måte enn betaler. For det andre kan det oppstå problemer med at anbudsvinneren underrapporterer de faktiske kostnadene ved å opprettholde kvaliteten i sitt bud. Merk at dette kan være en rasjonell strategi fordi aktøren innser at det er betydelige kostnader for betaler å si opp et kontraktsforhold og utlyse en ny anbudsrunde. Det er derfor ikke usannsynlig at betaler vil tilby seg å senke kravene til kvalitet, eventuelt tilføre helseprodusenten mer penger, når de reelle kostnadene for kvalitet kommer på bordet. På denne måten svekkes helseprodusentenes insitamenter til å fokusere på kvalitet i første omgang og det skapes insitamenter til en mer aggressiv budatferd.

Noen andre utfordringer knyttet til bruk av kontrakter

I dette avsnittet drøftes kort noen andre utfordringer knyttet til kontraktsstyring av helseprodusenter. Disse er:

- utfordringer knyttet til at helseprodusentene gjør flere oppgaver
- utfordringer knyttet til at kontraktene som inngås er kortere enn den perioden partene samhandler.

Kontraktsstyring av helseprodusenter som utfører flere oppgaver

Regionale helseforetak vil inngå kontrakter med helseprodusenter som skal utføre mer enn bare én oppgave. Det er derfor en grunnleggende utfordring å sikre at kontrakten er utformet på en slik måte at helseprodusentene ikke neglisjerer innsats på noen oppgaver fordi de er ulønnsomme relative til de andre oppgavene kontrakten spesifiserer. Bruk at kraftige insitamenter, eksempelvis stor grad av stykkprisbetaling, forutsetter at det finnes gode indikatorer langs *alle* dimensjoner som er viktig for de regionale helseforetakene.

Det vises også til diskusjonen i kapittel 6.

Utfordringer knyttet til kortsiktige kontrakter

Det er knyttet flere utfordringer til at kontraktene som inngås typisk er kortsiktige, og derfor må inngås regelmessig. Her nevnes tre slike utfordringer. Den første er knyttet til helseprodusentenes insitamenter til å foreta investeringer, den andre til det som kalles mothakevirkninger. Til slutt diskuteres rykte- og karrierevirkninger.

Insitamenter til å investere i relasjonsspesifikt utstyr

Kostnadsreduserende eller kvalitetsforbedrende investeringer vil typisk være relasjonsspesifikke. Det vil si at helseprodusentenes avkasting ved alternativ bruk er mindre hvis de regionale helseforetakene bestemmer seg for å «handle» et annet sted. Eksempelvis vil en røntgenmaskin plassert i en liten norsk by ikke ha mange alternative anvendelser utenom de offentlige helsevesenet. I tillegg vil slike investeringer ofte måtte gjennomføres før de regionale helseforetakene inngår kontrakter om bruk.

Det at de regionale helseforetakene vet at helseprodusentene ofte ikke står overfor gode alternative anvendelser, gir disse aktørene stor makt til å presse produsentene i kontraktsforhandlingene. Dette vil igjen føre til at helseprodusentene vil være forsiktige med å investere i første omgang. I litteraturen er dette fenomenet omtalt som «holdup» problemet (jf kapittel 6).

Det er verdt å påpeke at dette problemet er større i Norge enn i mange andre land, fordi etableringen av de regionale helseforetakene innebærer en regional monopolisering av helsetjenestens sørge for-ansvar.

Mothakevirkninger

Over tid vil de regionale helseforetakene «lære» seg de ulike helseprodusentens type. Det vil si at de resultatene som helseprodusentene realiserer vil være signaler på hvor gode medarbeidere og naturgitte produksjonsforhold helseprodusentene opererer under. Det at kjøperen lærer seg en helseprodusents type reduserer dens insitament til å yte innsats, fordi et godt resultat i dag medfører strengere krav til morgendagens produksjon. Siden denne mothakeeffekten er sterkest i fastpriskontrakter, trekker dette i retning at kontrakter som har et sterkere innslag av kostnadsdekning.

Rykte- og karrierevirkninger

En fordel med kortsiktige kontrakter er det de gir insitamenter til helseprodusentene om å levere gode resultater for å få tegne nye kontrakter i framtida. Man må her skille mellom to typer av omdømme.

- omdømme som varer lenge (for eksempel på grunn av investeringer i kostnadsreduserende utstyr), og
- omdømme som varer kort (høy innsats gir gode kvalitet).

Den første typen omdømme gir i utgangspunktet gode insitamenter til å investere i et godt omdømmet, men igjen vil problemet knyttet til relasjonsspesifikke investering trekke i motsatt retting. Den andre typen omdømme vil også gi insitamenter til å investere i et godt omdømme. Særlig hvis regionale helseforetak på en troverdig måte kan true med ikke å fornye avtalene, og helseprodusentene er opptatt av å ha en langsiktig relasjon med disse aktørene.

Oppsummering

Formålet med dette notatet har vært å diskutere ulike kontraktenes velegnethet i ulike situasjoner som er relevant for helsesektoren. Utgangspunktet for diskusjonen er avveiningen mellom kvalitet og kostnadseffektivitet. Man ønsker gjennom kontrakten å anspore sykehusene til høy kostnadseffektivitet, men uten at man samtidig svekker kvaliteten på sykehusenes tilbud.

Diskusjonen har vist at det er en krevende oppgave å designe en kontrakt som at man oppnår en riktig avveining mellom disse to målene. Spesielt har diskusjonen vist at i tillegg til hvilke mål helseprodusentene forfølger vil den informasjon de regionale helseforetakene har om sykehusenes kostnader og pasientsammensetning på det tidspunktet kontrakten skrives, være viktige faktoren som må vurderes for å forstå hvilke egenskaper de ulikt typer kontraktene besitter.