

Oppsummering Magnussen - utvalget

Kap 1 Oppnevning, mandat og arbeid

Mandatet utvalget har fått kan oppsummeres i følgende punkter:

- Videreføring av basis og aktivitetsavhengig tilskudd
- Bred faglig gjennomgang av dagens nøkler og analyser gjennomføres på nye områder
- Utvalget bør foreslå en kostnadsnøkkel i stedet for dagens to
- Utvalget må ta hensyn til lovpålagte forsknings- og utdanningsoppgaver
- Utvalget må ta hensyn til endringer i oppgaver og nyeoppgaver siden forrige modell
- Forslaget til modell må være robust i forhold til endring av ISF-andel og andel andre aktivitetsbaserte ordninger
- Utvalget bes om å foreslå en betalingsordning mellom RHF-ene som er i tråd med forslaget til nytt inntektsystem
- Utvalget skal vurdere behovet for overgangsordninger
- Utvalget skal vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av sitt forslag
- I forbindelse med sammenslåingen av Helse Sør og helse Øst er utvalget bedt om å vurdere stordriftsfordeler

Utvalgets tolkning av mandatet:

- Utvalget skal foreta en fullstendig gjennomgang av dagens inntektssystem med konkrete forslag til forbedringer innenfor dagens økonomiske rammer til RHF-ene. Utvalget ser det derfor ikke som sin oppgave å mene noe om det samlede inntektsnivået til RHF-ene
- Utvalget presiserer: Perioden etter 2002 har vært preget av usikkerhet og debatt om håndtering av regnskapsføring og finansiering av avskrivninger som følge av verdsetting av helseforetakenes realkapital («åpningsbalansen») samt om begrepet «korrigert regnskapsmessig resultat». Fra og med 2007 brukes kun ordinært regnskapsmessig resultat. Utvalget ser det ikke som sin oppgave å mene noe om disse løsningene. Utvalget skal imidlertid forholde seg til de inntekter som tildeles de regionale helseforetakene for å dekke avskrivninger i basisbevilgningen (vel 5 mrd. kroner i forslag til statsbudsjett 2008), og gjøre seg opp en mening om hvordan disse skal fordeles mellom de regionale helseforetakene.

Kap 2 Sammendrag

Dette er et kortfattet sammendrag av NOU-en og konklusjonene som utvalget har gjort.

Kap 3 Regionale helseforetaks oppgaver, inntekter og finansieringssystem

I dette kapitlet gir utvalget en kort oversikt over de regionale helseforetakenes hovedoppgaver, inntekter og finansieringssystem.

Kap 4 Inntektsfordelingssystem for spesialisthelsetjenesten fra 1986-2008

Dette er en grundig gjennomgang av finansieringsordningene fra slutten av 80-tallet til dagens system. Det er ikke hensiktsmessig å foreta en gjennomgang av dette i sin helhet. Det kan imidlertid være nyttig å oppsummere noen forhold som har betydning for de valg som er gjort i utvalgets utredning.

Perioden 2002-2004:

- Basisbevilgningene til RHF bestod av fylkenes utgifter og utgifter til de statlige institusjonene. I tillegg kom tilskudd til investeringer og en rekke øremerkede tilskudd.
- Utenom basis ble det i hovedsak gitt tilskudd til ISF, poliklinikk, regionsykehustilskudd og opptrappingsplanen psykisk helsevern
- I påvente av Hagenutvalget ble det ikke foretatt noe omfordeling av basis mellom RHF-ene.
- Fra 2003 ble finansiering til investeringsformål lagt inn i basis. Midler til dekning av avskrivninger ble fordelt til RHF-ene etter andel av beregnede avskrivninger i forhold til den foreløpige verdsettingen av HF-enes bygninger og utstyr
- Fra 2004 ble regionsykehustilskuddet endret til nyt tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra (tilskuddet til utdanning ble i 2006 lagt inn i basis). Øremerkede midler til lands- og flerregionale funksjoner ble overført til alle RHF unntatt Helse Sør (som fikk dette overført fra sin tidligere basis). Deler av tilskuddet til forskning ble også gjort resultatbasert. Det ble gjort et poeng av at dette tilskuddet skulle være en støtte og ikke kostnadsdekkende i forhold til den forskning som ble utført.

Perioden 2005 til 2008:

Hagen-utvalget (NOU 2003:1) foreslo at aktivitetssuavhengige tilskudd skulle fordeles etter to typer kostnadsnøkler: en for somatikk og en for psykisk helsevern. Dagens inntektsfordelingssystem (stortingsmelding nr 5 (2003-2004)) er delvis basert på Hagens forslag. Kort beskrevet ble modellen, som Stortinget sluttet seg til gjennom Innst. S. nr. 82 (2003 – 2004), som følger:

- Fra 2005 ble basisbevilgningen (ekskl. midler til avskrivninger) fordelt med 50 pst. vekt på fordeling i 2003 og 50 pst. vekt på de kostnadsnøklerne som ble foreslått av Hagen-utvalget. Denne løsningen ble valgt for å minske omfordelingsvirkningene mellom de regionale helseforetakene i forhold til at 100 pst. av midlene ble fordelt etter Hagen-utvalgets kriterier.
- Det ble gitt et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord, finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene. Begrunnelsen var at endringene for Helse Nord, med den modellen departementet valgte, ellers ville bli uforholdsmessig store. Tilskuddet til

Helse Nord ble finansiert gjennom å trekke fra de regionale helseforetak som kom positivt ut av en overgang til bruk av Hagen-utvalgets kriterier, dvs. Helse Vest og Helse Midt-Norge. Om lag 28 pst. av de økte overføringene til Helse Vest og Helse Midt-Norge har gått med til dette tilskuddet.

- Omleggingen skulle gjennomføres gradvis over en periode fra 2005 – 2009. Dette ble gjort for å unngå for stor overgang mellom gammelt og nytt bevilgningsnivå for det enkelte regionale helseforetak.
- Inntekter til å dekke avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningene. Midlene fordeles med 50 pst. vekt på den faktiske fordeling av kapital mellom regionale helseforetak og 50 pst. vekt på kostnadsnøkler. Også her valgte en denne løsningen for å minske omfordelingsvirkningene mellom de regionale helseforetakene. Det er imidlertid foretatt en korrigering for gjestepasienter ved at en del av inntektene for å dekke avskrivninger er fordelt mellom regionale helseforetak på samme måte som for gjestepasientene. Den nye fordelingen ble implementert i 2004. Det var ingen overgangsordning for denne delen av basisbevilgningen.

Samlet innebar dette en reduksjon av midler til Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord, mens det ble en økning til helse Midt-Norge og Helse Vest. Overgangsordningen varte til 2007 da det ble tilført ekstra midler (skulle opprinnelig vare til 2009).

Statsbudsjettet 2008:

De viktigste endringene i statsbudsjettet for 2008 er som følger: Tilleggsbevilgningen på 700 mill. kroner som ble vedtatt i 2007, jf. St.prp. nr. 44 (2006 – 2007), er videreført i 2008 med samme fordeling som i 2007 (100 mill. kroner til Helse Sør-Øst, 100 mill. kroner til Helse Vest, 275 mill. kroner til Helse Midt-Norge og 225 mill. kroner til Helse Nord). Dette innebærer at disse midlene holdes utenom inntektsfordelingssystemet i 2008. Midler for å gjenanskaffe bygg og utstyr er økt slik at samlet beløp i 2008 er nær 5,3 mrd. kroner. Disse midlene er, i tråd med inntektsmodellen, fordelt mellom de regionale helseforetak etter fordelingsnøkkelen for kapital. Oppdatering av kriterieverdiene (befolkningsdata osv.) innebærer videre en økning i basisbevilgningene til Helse Sør-Øst og Helse Vest på bekostning av Helse Midt-Norge og Helse Nord i statsbudsjettet for 2008.

Hagen – utvalgets forslag til kostnadsnøkler for somatikk og psykisk helsevern består av et sett kriterier for somatikk og et sett til psykisk helsevern. Vektingen mellom de to sektorene var basert på faktisk kostnad. Kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern ble anbefalt brukt på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (som betyr at faktiske kostnader til rusbehandling har inngått i vekten for psykisk helsevern siden 2005).

Kostnadsnøkkelen for somatikk besto av alderskriterier (96 prosent) og reisetid (4 prosent).

Kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern besto av alderskriterier (60 prosent) og sosioøkonomiske variable (40 prosent). Det er tatt hensyn til flytting i modellen, men ikke som eget kriterium.

Utvalgets vurdering av dagens inntektsfordelingssystem:

- Alderskriteriene veide tyngst i Hagenutvalget i begge sektormodellene. Hagen-utvalget har 50 prosent uttelling i dagens modell.
- Sosioøkonomiske variable inngår kun i modell for psykisk helse. Dersom sosioøkonomiske forhold betyr noe for behovet innen somatisk sektor, blir ikke dette fanget opp i dagens nøkler.
- Analyser av kostnadsulempet i Hagen-utvalget medførte at somatikk-nøkkelen ble justert for reisetid med en vekt på 4 prosent.
- Det har vært rettet kritikk mot modellen i forhold til skjevfordeling. Mye av denne kritikken er rettet mot at modellen ikke er implementert 100 prosent. I tillegg er det gitt bevilgninger i forbindelse med St.prp. nr. 44 (2006-2007), som er videreført i 2008, som ikke er i tråd med St.meld. nr 5 (2003-2004) Disse bevilgningene tilgodeser i hovedsak Helse Midt-Norge og Helse Nord.
- Nye oppgaver er ikke representert i kostnadsnøklerne i modellen
- Det er stilt spørsmål ved om det er riktig å holde midler til pasienttransport utenfor modellen og fordele disse etter historisk forbruk. Utvalget mener at det må tas hensyn både til behovsforskjeller og kostnadsforskjeller dersom dette skal tas inn i en fordelingsmodell.
- Utvalget mener det bør være en egen nøkkel for rusbehandling, da behovsmønsteret kan være forskjellig mellom psykisk helsevern og rusbehandling.
- Etter utvalgets vurdering må også midler til de private opptreningsinstitusjonene inkluderes i finansieringsmodellen. Dette forutsetter etablering av et gjestepasientoppgjør mellom RHF-ene.
- Utvalget har analysert behovet for å ta inn sosioøkonomiske variable i inntektsmodellen for somatikk. Det samme gjelder en klima-faktor.
- Det siste vurderingspunktet går på mangel av kompensasjon av kostnadsulempet knyttet til spredtbygdhet og reisetid.

Kap 5 Inntektssystemer i andre land

Kapitlet inneholder en gjennomgang av inntektssystemer for spesialisthelsetjenesten i Sverige, Danmark, England og Skottland.

Kap 6 Mål, prinsipper og metoder for utforming av inntektssystemet

Kapitlet gir en gjennomgang av målene for arbeidet, utvalgets tilnærming til oppgaven og valg av metoder. Det vil føre for langt å gjennomgå innholdet i dette kapitlet. Her gjengis bare hva utvalget har sagt om sin tilnærming til oppgaven, og litt om begreper og bruk av nøkler.

I avsnitt 6.2 presiserer utvalget følgende:

”Utvalgets vurdering er at inntektsfordelingssystemet skal gi en fordeling mellom de fire regionale helseforetakene som på best mulig måte tar hensyn til mulige regionale forskjeller i befolkningens behov for tjenester.

Dette innebærer at utvalget har vurdert:

- *Hvilke faktorer som vil kunne påvirke behovet for spesialisthelsetjenester.*
- *I hvilken grad det er mulig å operasjonalisere disse faktorene på en meningsfull måte.*
- *Hvilket datagrunnlag er tilgjengelig for å analysere forholdet mellom behov og de faktorer man mener påvirker behovet.*
- *Hvordan de ulike faktorene skal veies mot hverandre.*
- *Hva slags metodisk tilnærming som vil gi mest mulig robuste og sikre resultater.*

Utvalgets vurdering er videre at inntektsfordelingssystemet skal gi en fordeling som tar høyde for forskjeller i kostnadene ved å framskaffe tjenestene.

Dette innebærer at utvalget har vurdert:

- *Hvilke faktorer som vil kunne påvirke kostnadene ved å produsere spesialisthelsetjenester.*
- *I hvilken grad det er mulig å operasjonalisere disse faktorene på en meningsfull måte.*
- *Hvilket datagrunnlag som er tilgjengelig for å analysere kostnadsforskjeller mellom helseforetak.*
- *Hva slags metodisk tilnærming som gir mest mulig robuste og sikre resultater.*

Utvalget har videre innrettet sitt arbeid på en slik måte at inntektsfordelingsmodellen relativt enkelt skal kunne tilpasses en annen regional struktur enn dagens. Dette er i tråd med mandatet om et system som er «robust i forhold til framtidige oppgave- og strukturendringer».

Utvalget har hatt en bred sammensetning, og dette har også vært reflektert i utvalgets diskusjoner. Ved noen anledninger har de analyser utvalget har fått gjennomført blitt supplert med skjønnsmessige vurderinger. Utvalget har i disse tilfellene lagt vekt på å se diskusjonen av de enkelte elementer som en del av den helhetlige modellen. På denne måten har forskjeller i synspunkter knyttet til enkeltelementer vært vurdert som underordnet et ønske om samstemmighet i utvalgets samlede anbefaling.”

Et generelt prinsipp er at utvalget forsøker å unngå kriterier som RHF-ene selv kan påvirke. I noen tilfeller er dette prinsippet avveket. Det kan tenkes flere måter å løse dette på ved for eksempel å la kriteriet telle delvis i fordelingsmodellen eller låse kriterieverdiene over tid. Utvalget har benyttet låsing i de tilfeller dette har oppstått.

Utvalget benytter i sine vurderinger følgende begreper:

- *Behovsnøkkel*. Gir et sett kriterier (f.eks. alder) med tilhørende vekter som angir hvor stor andel av behovet som dekkes på grunnlag av et bestemt kriterium.
- *Behovsindeks*. Indeks som beskriver behovet for helsetjenester i et regionalt helseforetak relativt til behovet på landsbasis. Gjennomsnittlig behov vil ha indeks lik 1, og avvik fra denne kan tolkes som prosent mer- eller mindrebehov.
- *Kostnadsnøkkel*. Hvor stor andel av ressursbehov som dekkes av et bestemt kriterium, og hvor det er tatt hensyn både til behovs- og kostnadsnivå.
- *Kostnadsindeks*. Indeks som beskriver kostnadsnivået i et regionalt helseforetak relativt til kostnadsnivået på landsbasis.
- *Ressursbehovsindeks*. Kombinerer behov og kostnader og beskriver det samlede ressursbehovet relativt til landsgjennomsnittet

Utvalget mener at en vellykket implementering av en inntektsfordelingsmodell er avhengig av at modellen forstås og har legitimitet. Utvalget velger derfor å presentere modellen på en slik måte at det er lettere å se hvilke faktorer som på hvilken måte bestemmer behov og kostnader, og dermed samlet ressursbehov.

Utvalget presenterer derfor i kapittel 11 følgende:

- En samlet behovsindeks for behandlingsaktiviteten samt delnøkler/delindekser for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- En kostnadsindeks som beskriver relativt regionalt kostnadsnivå for områdene somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- En kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester, og en tilhørende ressursbehovsindeks for relativt regionalt ressursbehov knyttet til disse tjenestene.
- En *samlet ressursbehovsindeks* for regionalt ressursbehov som dekker alle tjenester.

En slik presentasjon, vil etter utvalgets vurdering, ivareta mandatets ønske om et enkelt system samt utvalgets målsetting om et system som skal være tydelig og bidra til høy legitimitet.

Kap 7 Utvalgets behandling av inntekter til kapital

Utvalget presiserer at følgende punkter er lagt til grunn i vurderingen av inntekter til kapital:

- *Et viktig formål med sykehusreformen og overgang til et regnskapsprinsipp, der en utgiftsfører kostnader til kapital, var at den nye modellen skulle bidra til at det ble etablert tydeligere og mer helhetlig ansvars- og fullmaktsposisjoner. Når alle kostnadene reelt kommer inn i foretakenes driftsregnskaper gir dette et bedre grunnlag for den økonomiske styringen av helseforetakene. Aktørene er selv best egnet til å vurdere hvilken sammensetning av innsatsfaktorer som gir best måloppnåelse. Målsettingen med reformen var*

dermed ikke å styre investeringsnivået isolert sett, men at investeringene måtte gjennomføres innenfor gitte rammer, vurdert opp mot alternativ anvendelse av midlene.

- *Perioden etter 2002 har vært preget av usikkerhet og debatt om håndtering av regnskapsføring og finansiering av avskrivninger som følge av verdsetting av helseforetakenes realkapital («åpningsbalansen») samt om begrepet «korrigert regnskapsmessig resultat». Fra og med 2007 brukes kun ordinært regnskapsmessig resultat. Utvalget ser det ikke som sin oppgave å mene noe om disse løsningene.*
- *Utvalget skal imidlertid forholde seg til de inntekter som tildeles de regionale helseforetakene for å dekke avskrivninger i basisbevilgningen (nær 5,3 mrd. kroner i forslag til statsbudsjett 2008), og komme med forslag til hvordan disse skal fordeles mellom de regionale helseforetakene.*

Utvalget har også blidt bedt om å ta høyde for at kapitalkostnader ikke inngår i ISF.

I utvalgets vurderinger presiseres det at inntektsfordelingssystemet skal sette de fire RHF-ene i stand til å ivareta sørge for-ansvaret på like vilkår. Dette skal være kriteriebasert og ikke være et forslag til løsning av den produksjonsmessige delen av dette. På hvilken måte RHF-ene velger å fordele sine ressurser mellom innsatsfaktorene er dermed opp til dem. Dette forutsetter følgende:

- Behovsvariablene for kapital og andre innsatsfaktorer er de samme. Utvalget har ingen indikasjoner på at dette ikke er tilfelle.
- Utgangspunktet er tilnærmet likt for RHF-ene. Utvalget sier at dette pkt-et er mer problematisk da Helse Vest og Helse Sør-Øst har vesentlig lavere kapitalbeholdning enn de andre. Om dette skyldes et reelt større investeringsbehov er likevel usikkert.

Utvalget tar utgangspunkt i at tilskudd til kapital prinsipielt skal behandles på samme måte som tilskudd til øvrige kostnader. Helseforetaksmodellen åpner for at det enkelte helseforetak selv kan avveie bruk av fordelingen mellom arbeidskraft og kapital. Utvalget understreker at egne tilskudd til kapital vil bryte med denne modellen.

Utvalget viser videre at det ikke er en jevn fordeling av kapital mellom de fire RHF-ene og at denne bør jevnnes ut. Dagens modell legger også opp til en utjevning med en kombinasjon av historisk beholdning i 2002 og kriterier fra Hagen-utvalget. Utvalget foreslår en noe modifisert modell for utjevning. Forskjellene (i ikke-belånt kapital) fordeles over en periode på 20 år og utlignes gjennom en omfordeling fra Helse Nord og Helse Midt-Norge (som ligger over gjennomsnittet) til Helse Sør-Øst og Helse Vest (som ligger under gjennomsnittet). Den relativt lange utjevningsperioden er for å redusere eventuelle skjevheter i balanseverdier.

Utvalget erkjenner at det er noe usikkerhet knyttet til metoden. Deler av gjeld vil være knyttet til medisinsk teknisk utstyr. Videre er beregnet verdi på kapital bokført verdi, og ikke omsetningsverdi. Til slutt er det noe usikkerhet knyttet til tall fra Helse Midt-Norge hvor det i balanseverdiene inngår areal som skal overføres til NTNU. Verdiene fra helse Midt-Norge er korrigert ned med 250 mill kroner. Utvalget understreker at en slik justering krever at det ikke ytes direkte tilskudd til investeringer ut over de beløp som kommer i den generell basisrammen.

Når det gjelder ISF og kapitalutgifter foreslår utvalget at det settes i gang et arbeid med siktemål å vurdere hensiktsmessigheten ved å fordele kapitalkostnader til de enkelte DRG-er. Slik modellen

utformes (kap 11) vil RHF-ene få alle sine tilskudd til kapital gjennom den aktivitetsuavhengige bevilgningen. Denne dekker derfor:

- Hele kapitalkostnaden for forventet aktivitetsnivå
- Hele driftskostnaden for de aktivitetstyper som ikke omfattes av ISF eller andre aktivitetsbaserte finansieringsordninger
- 60 prosent forventet driftskostnad for pasienter som omfattes av ISF (gitt andel på 40 prosent)

Dette betyr at alle aktivitetsnivå utover forventet, vil ha en marginalinntekt på mindre enn 40 prosent når kapitalinntekt ikke er inkludert i ISF-refusjonene.

Kap 8 Analyser av behov

Dette er et omfattende kapittel som analyser hvilke forhold som påvirker behov og dermed forskjeller i behov mellom RHF-ene. Utvalget har gått gjennom de eksisterende behovsanalysene av somatikk og psykisk helsevern og foreslått nye analyser for disse. I tillegg er det gjort analyser for 2 nye områder; tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester. Kapitlet kommer med forslag til nøkler for alle disse områdene. I denne gjennomgangen vises til NOU-en. Her gjengis bare deler av utvalgets vurderinger.

8.1 somatikk

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester er oppsummert på side 71 i NOU-en. I dagens nøkkel er det kun alderskriteriet som fanger opp behovsforskjeller, så den nye nøkkelen skiller seg vesentlig fra dagens ved at det tas hensyn til helsekriterier, sosioøkonomiske kriterier inklusive klima- og breddegradskriterier. Alderskriteriene har en samlet vekt på 58 prosent, mens helse- og sosioøkonomiske kriterier teller 42 prosent (den samlede vekten på alderskriteriene er andelsmessig lik tilsvarende nøkler for psykisk helsevern og rusbehandling). Nøkkelen og de regionale behovsindeksene presenteres på side 72 i NOU-en. Oversiktene viser at det er forskjell i indeks mellom RHF-ene når alderskriterier og resten av kriteriene benyttes isolert. Den nye nøkkelen gir en betydelig høyere indeks for Helse Nord enn den gamle, mens Helse Vest får en betydelig nedgang i indeks med ny nøkkel i forhold til den gamle. Den gamle nøkkelen teller bare med halv tyngde i dagens inntektsfordelingssystem. Helse Midt-Norge får bare en svak økning i den nye indeksen. Inkludering av helse- og sosialkriterier trekker indeksen opp for Helse Midt-Norge og mye opp for Helse Nord. Helse Midt Norge ligger 1,8 prosentpoeng over landsgjennomsnittet. Det understrekes her at dette ikke er reelle omfordelinger i forhold til dagens bevilgning da dagens nøkkel kun teller halvt i inntektsfordelingen.

Klimavariabelen i nøkkelen er innvektet med 20 prosent av beregnet vekt. Dette begrunnes med at dette er en ny variabel i inntektssystemssammenheng og at den har noe usikker tolkning. Dette er også den eneste uttrykte uenigheten i utvalgsarbeidet (jmf den generelle kommentaren innledningsvis).

Utvalget anbefaler at andelen uføretrygdede beregnes som et gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.

8.2 Psykisk helsevern

Nøkkelen for psykisk helsevern for voksne (VOP) er lik den gamle (som teller med halv tyngde i dagens inntektsfordeling). Aldersgruppene er økt fra 4-til 7 i antall i den nye og med unntak av sosialhjelpsmottakere inngår de samme sosiale kriteriene som i den gamle nøkkelen. Alder teller 60 prosent og sosiale kriterier 40.

Nøkkelen for BUP er endret i forhold til den gamle (som teller med halv tyngde i dagens inntektsfordeling). Antall aldersgrupper er økt fra 2 i den gamle til 4 i den nye. I den gamle var det bare alderskriterier som inngikk, mens i den nye teller aldersgruppene 54 prosent. Det er tilført tre nye grupper sosiale kriterier i den nye nøkkelen, disse teller samlet 46 prosent.

Utvalget har valgt å vekte inn barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) med 20 prosent i en felles behovsnøkkel for psykisk helse. Dette er noe høyere enn i den gamle nøkkelen der psykisk helsevern for barn og unge var vektet inn med 13 prosent. Kostnadsfordelingen mellom VOP og BUP i 2006 var på 17 prosent. I sammenvektingen av de to nøklene er det gjort en tilpasning. I delnøkkelen for BUP inngår aldersgruppen 18-19 år. Da dette er pasienter behandlet i BUP har utvalget valgt å legge halvparten av vekten til vekten for aldersgruppen 13-17 år og den andre halvparten til vekten for aldersgruppen 18-29 år.

Fordelingskriterier for psykisk helsevern er oppsummert på side 79 i NOU-en. Den største forskjellen i forhold til den gamle er flere aldersgrupper og at sosiale kriterier for BUP også er inkludert. Utvalget anbefaler beregning av gjennomsnitt over flere år og låsing av uføretrygdede-kriteriet. Utvalget anbefaler også at barnevernstiltak beregnes som et glidende gjennomsnitt over flere år.

Nøkkelen er presentert på side 80 i NOU-en og behovsindeksen er presentert på side 81. De samlede alderskriteriene teller nå 55 prosent, mens de sosiale kriteriene teller 45 prosent. Indeks beregnet med kun alder og kun sosiale kriterier gir stor forskjell for alle RHF-ene unntatt helse Nord. Den nye nøkkelen gir høyere behovsindeks for Helse Sør-Øst og en nedgang i indeks for de andre i forhold til den gamle nøkkelen. Helse Midt-Norge får en reduksjon i indeks på 3,7 prosentpoeng og har en verdi på indeksen som utgjør 94,9 prosent av landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge har laveste behovsindeks av alle RHF-ene for psykisk helsevern. Alderskriteriene varierer lite mellom RHF-ene, slik at det er de sosiale kriteriene som skaper forskjellene i indeks.

Det understrekes her også at dette ikke er reelle omfordelinger i forhold til dagens bevilgning da dagens nøkkel kun teller halvt i inntektsfordelingen.

8.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Dette er en helt ny fordelingsnøkkel. I dagens modell fordeles rammene for rusbehandling etter nøkkelen for psykisk helsevern. Utvalget presiserer at de fester lit til analysene som er utført og baserer behovsnøkkelen på disse. Det har imidlertid ikke vært mulig å undersøke evt merforbruk av tjenester i storbyer. Det er imidlertid gode argumenter for at problemer med

rusmiddelavhengighet og dermed behandlingsbehovene er større i Oslo enn ellers i landet. Utvalget finner derfor at det er grunnlag for å gi Oslo en skjønnsmessig innvekting i behovsnøkkelen for rusbehandling. Vekten er skjønnsmessig satt til 5 prosent av behovsnøkkelen. Dette innebærer en antakelse om at Oslo har nesten 50 prosent høyere behov enn landet for øvrig, etter at det er tatt hensyn til de øvrige kriteriene sitt bidrag til behovsvariasjoner. En oppsummering av kriteriene er gitt på side 85 i NOU-en. Utvalget mener at den nye nøkkelen gir en bedre fordeling av inntekter til rusbehandling enn det den gamle nøkkelen gjør. Dette skyldes først og fremst at forslaget gir en annen vektning av demografiske, sosiale og sosionomiske grupper enn nøkkel for psykisk helsevern.

Utvalget anbefaler også her at uføretrygdkriteriet beregnes som et gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået. Det anbefales også at andel sosialhjelpsmottakere beregnes som et glidende gjennomsnitt over flere år.

Innvekting av storbykriteriet betyr at vektene for de øvrige kriteriene reduseres. Alderskriterier betyr 55 prosent og resten betyr 45 prosent. Nøkkelen er presentert på side 85 i NOU-en og behovsindeksene på side 86. Det er også her større forskjeller i fordeling gjennom de sosiale kriteriene enn alderskriteriene. Den nye nøkkelen gir en omfordeling fra Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord til Helse Sør-Øst sammenlignet med dagens nøkkel. Helse Midt-Norge får en nedgang på 7 prosentpoeng i indeksen og har en verdi som ligger 8,4 prosentpoeng under landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge og Helse Vest er på nesten samme lave nivå i indeks.

Det understrekes her også at dette ikke er reelle omfordelinger i forhold til dagens bevilgning da dagens nøkkel kun teller halvt i inntektsfordelingen.

8.4 Prehospitale tjenester og pasienttransport.

Dette er en helt ny fordelingsnøkkel. I Hagen-utvalget inngikk kostnader til ambulanse i somatisk spesialisthelsetjeneste. I tillegg til ambulanse (bil og båt), luftambulanse og pasienttransport, inngår nødmeldetjenestene (AMK-sentralene).

Utvalget finner det godt dokumentert at forskjeller i reiseavstand i stor grad kan forklare kostnadsforskjeller til prehospitale tjenester og pasienttransport. For bilambulanse er dette vist gjennom sammenstilling av reiseavstandsvariable og beregnede normkostnader på regionnivå. Disse analysene er basert på nye beregninger utført av SINTEF Teknologi og samfunn som har utviklet en normbasert modell for bilambulanse. Utvalget kjenner ikke til tilsvarende normbaserte modeller for luftambulanse og pasienttransport. For luftambulanse og pasienttransport er det påvist kostnadsforskjeller gjennom regresjonsanalyser av henholdsvis oppdragsmengde på kommunenivå og kostnader på helseforetaksnivå.

Utvalget foreslår to alternativer for hvordan prehospitale tjenester kan tas inn i inntektssystemet.

Alternativ I:

Legger til grunn de normbaserte modellberegningene for bil (og estimert båt) – ambulanse og låse den relative fordelingen for luftambulanse og pasienttransport basert på historiske kostnader.

Alternativ II:

Baseres på sammenhengen mellom reiseavstand og samlede kostnader for prehospitale tjenester og pasienttransport. Dette ivaretar hensynet til en kriteriebasert fordeling av inntektene. I operasjonaliseringen av alternativet har utvalget landet på reisetid til nærmeste akuttstusykehus som reiseavstandsvariabel. Kvadratet av verdien av variabelen inkluderes også med en vekt på 15 prosent. Dette siste innebærer en økt betydning av lengre reiseavstander i modellen.

Utvalget anbefaler alternativ II som er et ”kompromiss” mellom dagens kostnadsfordeling og alternativ I. Utvalget velger altså det alternativet som har minst omfordelingseffekter i forhold til dagens fordeling. Resultatet av dagens fordeling og de to alternativene og forslaget til nøkkel (alternativ II) er presentert på side 96. En oppsummering av kriteriene er presentert på side 97. Helse Sør-Øst og Helse Vest får noe mindre enn før, mens de to andre får noe mer enn før. Utslagene er størst for Helse Nord.

Utvalget presiserer at analysemulighetene har vært begrenset av tilgjengelige data og analysemodeller. Utvalget anbefaler derfor at kriteriene i nøkkelen låses til dette nivået inntil bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenestene foreligger.

Kap 9. Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

I Hagen-utvalget er det ingen variabel som kompenserer for kostnadsforskjeller direkte. Det eneste kriteriet for kostnadskompensasjon er inkludering av reisetid i somatikknøkkelen. Dette teller 4 prosent her. I psykisk helsevern er det ingen kompensasjon for kostnadsulempen.

Utvalget viser til at det er store kostnadsforskjeller mellom norske helseforetak. Utvalget mener videre at dette ikke alene kan tilskrives forskjeller i produktivitet. Utvalget hevder videre at dersom det er systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom de fire RHF-ene betyr dette at helseforetak med høyt kostnadsnivå vil kreve mer ressurser enn helseforetak med lavt kostnadsnivå for å kunne gi samme behovsdekning. Dette må det kompenseres for i en inntektsmodell. Dette reiser i følge utvalget to spørsmål:

- Hvilke faktorer ønsker man å kompensere for
- Hvordan beregne hvor stor denne kompensasjonen skal være

I sin vurdering har utvalget gått gjennom tidligere analyser på feltet og gjort supplerende analyser selv. Utvalgets analyser er oppsummert side 101 i NOU-en.

Utvalgets vurdering er at de:

- Finner det godt dokumentert at sykehusenes kostnadsnivå påvirkes av reisetid til sykehus. Anbefaler derfor at HF-enes kostnadsulempen med lang reisetid kompenseres
- Finner det godt dokumentert at HF-enes kostnadsnivå øker med økende grad av forskningsaktivitet (usikker på om dette skyldes økte behandlingskostnader eller at forskningsaktivitet ikke er finansiert eller en kombinasjon). Anbefaler likevel at det gis kompensasjon for antatte kostnadsulempen ved pasientbehandlingen knyttet til forskning.

- Finner det godt dokumentert at HF-enes kostnadsnivå øker med økt omfang av utdanning. Utvalget anbefaler at det kompenseres for kostnadsulempen knyttet til utdanning.

Analysene er foretatt kun for somatiske tjenester, men utvalget argumenterer for at det samme gjelder for psykisk helsevern og rusbehandling også. I nøkkelen for prehospitale tjenester og pasienttransport er det allerede kompensert for kostnadsnivå, så dette skal ikke gjelde for disse.

Utvalget har vurdert flere måter å fastsette størrelsen på kostnadskompensasjonen. Dette er oppsummert på side 102 i NOU-en. Utvalget ender opp med å anbefale en felles kostnadsindeks for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling med 55 prosent vekt på kostnadsnivået korrigert for reisetid (basert på regresjonsanalysene) og 45 prosent vekt på faktiske kostnadsforskjeller mellom HF-ene (historiske kostnader). På denne måten tar man høyde for kostnadsulempen knyttet til både forskning og utdanning i tillegg til reisetid. Argumentet for å benytte historiske kostnader er at regresjonsanalysene ikke er konkluderende i forhold til utdanning (signifikansen avhenger av hvordan variabelen måles) og tilsvarende for forskning. Utvalgets forslag til kostnadsindeks er presentert på side 103 i NOU-en. Det presenteres også en indeks basert på historiske kostnader og reisetid isolert. I forhold til historiske kostnader er det kun Helse Vest som får en økning i indeks når en kombinasjon av historiske kostnader og reisetid anvendes.

Utvalget anbefaler at indeksen låses til dagens verdi. Dette for å unngå at effektivisering ved et foretak bidrar til å flytte midler fra dette foretaket til foretak som ikke effektiviserer. Utvalget presiserer også at det er ønskelig å følge opp dette arbeidet med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere årsaker til kostnadsforskjeller mellom foretakene ytterligere. Det understrekes at dette bør involvere RHF-ene i stor grad.

Til slutt er det foretatt en vurdering av stordriftsfordeler omkring sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Utvalget har gått gjennom litteraturen på feltet, men ikke foretatt nye analyser. Utvalget konkluderer med at det ikke finnes støtte i litteraturen for å konkludere entydig i forhold til størrelsen på et gevinstpotensial ved sammenslåingen. For å kunne si noe sikkert om dette kreves data/informasjon om hvilke konsekvenser sammenslåingen har i forhold til kapitalbruk, kapasitet, omfang og fordeling av arbeidskraft, pasientstrømmer etc. Denne informasjonen foreligger ikke, og utvalget ser det ikke som sin oppgave å innhente denne informasjonen.

Kap. 10 Forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre

Forskning

Det er tre hovedtyper av finansiering av forskning ved de regionale foretakene:

- Bruk av foretakenes egne midler
- Delvis resultatbasert øremerkede tilskudd over statsbudsjettet
- Eksterne midler (Forskningsråd, legemiddelindustri etc)

Hagenutvalget foreslo at de øremerkede forskningsmidlene skulle fordeles likt mellom RHF-ene som en del av basisrammen i form av et fast tilskudd og et aktivitetsbasert tilskudd basert på forskningspoeng (antall dr-grader og publikasjoner). I stortingsmelding nr 5 (2003-2004) ble dette fulgt opp, men den aktivitetsbaserte delen ble satt til 60 prosent, noe som var lavere enn forslaget fra Hagenutvalget.

Fra 2004 ble det gamle regionsykehustilskuddet omgjort til et tilskudd for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra (55% av det gamle tilskuddet ble overført til andre poster i budsjettet). Tilskudd til utdanning skulle kompensere for sykehusenes merkostnader ved å ta i mot medisinerstudenter i den kliniske virksomheten. Dette tilskuddet inngikk fra 2006 i basisbevilgningen.

Utvalget har fått tall fra NIFU STEP som viser anslag over RHF-enes ressursbruk knyttet til forskning i 2006. Dette viser:

- Forskning som utføres i HF-ene og som har kostnader som vises i regnskapene
- Anslag over ressursbruk knyttet til infrastruktur eller annen merkostnad knyttet til eksternt finansierte forskere.

På side 106 i NOU-en er tallene gjengitt sammen med inntekt over statsbudjettet og eksterne kilder. Tabellen viser også RHF-andelen av disse midlene. Tallene viser at det er Helse Sør-Øst og Helse Vest som har den høyeste andelen egenfinansiering av forskningen.

Utvalget ser ikke behov for å endre dagens modell. Det er imidlertid en utfordring knyttet til håndtering av det faste beløpet som tildeles hver region ved sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst. Sammenslåing og totalt beløp delt på 4 ville bety en omfordeling fra Helse Sør-Øst til de andre (reduksjon i tilskudd på 11 prosent til Helse Sør-Øst). For å unngå dette foreslår utvalget at fordelingen mellom fast tilskudd og aktivitetsbasert reduseres fra 40 til 30 prosent (Hagen - utvalget foreslo 25/75), og at det totale faste beløpet deles på 4 (fordeles likt til alle RHF). Omfordelingseffekter knyttet til dette er vist på side 107 i NOU-en.

Begrunnelsen for dette er at dette gir en mindre reduksjon i bevilgningen til Helse Sør-Øst, enn en fordeling flatt i en 40/60 modell. Samtidig understreker utvalget at en aktivitetsbasert modell historisk sett har vært gunstigere for Helse Sør-Øst enn de andre. Med dette forslaget opprettholdes basis noenlunde uendret. Utvalget presiserer at de ikke har forholdt seg til størrelsen på forskningsmidlene og graden av kostnadsdekning i finansieringen av forskning. Utvalget viser imidlertid til at forskjeller i kostnadsdekning helt klart går i disfavør av Helse Sør-Øst. Utvalget presiserer videre at det er de regionale foretakenes ansvar å tilpasse nivå på både forskning og pasientbehandling til de rammer som fordeles. Utvalget ber derfor om at departementet særskilt vurderer omfanget av medisinskfaglig forskning, og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går utover bevilgningene til pasientbehandlingen. En slik utredning bør også inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten.

Utdanning

I utvalgets vurdering står det følgende:

I mangel av god og oppdatert informasjon om faktiske merknader knyttet til grunnutdanning og videre- og etterutdanning har utvalget, innen sitt mandat, funnet det vanskelig å foreslå spesifikke modeller for kompensasjon for kostnader knyttet til helseforetakenes utdanningsaktivitet. Utvalget har imidlertid i sin behandling av kostnadsforskjeller i kapittel 9, valgt å ta hensyn til historiske forskjeller i kostnader mellom helseforetakene, og antar at man på den måten fanger opp, i alle fall, deler av de regionale forskjellene knyttet til både grunn- og videreutdanning.

Nasjonale kompetansesentre og høyspesialisert medisin

Utvalget mener at regionale forskjeller i behov for høyspesialiserte tjenester fanges opp i fordelingsnøkene. Dette gir dermed en fordeling til RHF-ene som gjør at de kan gi et likt tilbud også for disse pasientene. En slik ordning krever imidlertid et oppgjørssystem mellom RHF-ene som er slik at:

- Den er nøytral i forhold til valg av behandlingssted
- Den må være nøytral i forhold til prioritering mellom pasientgrupper
- Den må være nøytral i forhold til tilgang til tjenestene
- Den må sikre rimelig kostnadsdekning og forutsigbarhet for utfører HF-en

Dette er i tråd med forslagene fra Hagen-utvalget og utvalget anbefaler at det arbeides videre med en abonnementsmodell mellom de fire RHF-ene. Modellen må være slik at kjøpende helseforetaket forplikter seg til å dekke både kapital og driftskostnader opp til et avtalt volum

I forhold til nasjonale kompetansesentre sier utvalget følgende:

Utvalget finner det ikke naturlig å legge finansiering av nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten inn i en kriteriebasert nøkkel. Dagens nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten bør derfor fortsatt finansieres gjennom særskilte tilskudd. Utvalget tar ikke stilling til om dagens tilskudd gir kostnadsdekning eller ikke, men presiserer at man ikke ønsker å dekke opp for eventuell manglende kostnadsdekning gjennom den kriteriebaserte inntektsfordelingen. Utvalget slutter seg videre til deler av forslaget fra Hagen-utvalget om finansiering av nasjonale kompetansesentre (ekskl. forslaget om at tilskuddet skal ligge i basisbevilgningen):

Kap 11. Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell

I dette kapitlet redegjøres det for den sammensatte nøkkelen basert på de ulike behovs- og kostnadsnøklerne som er diskutert tidligere. De ulike nøklene er gjengitt her. I kapittel 11.4 gir utvalget en samlet vurdering av inntektsfordelingen.

Basert på faktisk fordeling av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten foreslår utvalget en samlet behovsindeks for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling som er en sammensetning av hver sektors behovsnøkkel som er presentert tidligere (kap 8). Somatikk-nøkkelen vektes med 77,6 prosent, psykisk helsevern med 19,4 prosent og rusbehandling med 3,0 prosent (se tabell 11.10):

Tabell 11.10 Beregning av samlet behovsindeks for behandling.

	Behovsindeks somatikk (A)	Behovsindeks psykisk helsevern (B)	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling (C)	Samlet behovsindeks «behandling» (D)
<i>Andel:</i>	0,776	0,194	0,030	1,000
Helse Sør-Øst	100,6	103,2	105,2	101,3
Helse Vest	93,4	95,3	91,7	93,7
Helse Midt-Norge	101,8	94,9	91,6	100,2
Helse Nord	107,6	99,2	100,3	105,8

Resultatene viser at Helse Midt-Norge har en behovsindeks svært nær gjennomsnittet for landet. Helse Nord ligger betydelig over de andre, mens Helse Vest har en behovsindeks som er betydelig lavere enn de andre.

I neste runde foreslår utvalget at denne behovsindeksen korrigeres for forskjeller i kostnadsnivå mellom RHF-ene (se tabell 11.11). Resultatet av dette er en samlet indeks for ressursbehov til behandling (kolonne F).

Tabell 11.11 Kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå.

	Behovsindeks behandling (D)	Kostnadsnivå (E)	Ressursbehov behandling (F)
Helse Sør-Øst	101,3	98,5	99,7
Helse Vest	93,7	98,0	91,8
Helse Midt-Norge	100,2	102,0	102,1
Helse Nord	105,8	109,5	115,8

(Kommentar: Kolonne F er ikke gjennomsnittet av kolonne D og E, men kolonne D multiplisert med E/100. Helse Midt-Norges ressursindeks fremkommer altså som $100,2 \cdot 1,02 = 102,1$).

Resultatet av denne korrigeringen er altså at det skjer en overføring fra Helse Sør-Øst og Helse Vest fordi at Helse Midt-Norge og Helse Nord har kostnadsulempere i driften av spesialisthelsetjenesten. For Helse Nord betyr denne justeringen veldig mye, da de får en økning på 10 prosentpoeng i forhold til den rene behovsindeksen. Helse Vest får en ytterligere nedgang på 1,9 prosentpoeng.

I trinn tre foreslår utvalget en innvekting av indeksen for prehospitale tjenester basert på faktisk fordeling av kostnadene mellom behandlingstjenestene og de prehospitale. Disse får en vekt på henholdsvis 94,1 prosent og 5,9 prosent (se tabell 11.12).

Tabell 11.12 Innvekting av indeks for prehospitale tjenester.

	Ressursbehov behandling (F)	Prehospitale tjenester (G)	Samlet ressursbehovsindeks (H)
<i>Andel:</i>	<i>0,941</i>	<i>0,059</i>	<i>1,000</i>
Helse Sør-Øst	99,7	65,4	97,7
Helse Vest	91,8	79,8	91,1
Helse Midt-Norge	102,1	125,5	103,5
Helse Nord	115,8	300,8	126,7

Resultatet av dette er en ytterligere omfordeling fra Helse Sør-Øst og Helse Vest til de andre to. For Helse Nord slår denne sterkt ut i den samlede indeksen for ressursbehov som får en økning i indeks på ytterligere 10,9 prosentpoeng.

Til slutt foreslår utvalget en særskilt behandling av tilskudd til kapital. Forslaget er at det foretas en omfordeling som gjør at de RHF-ene som har lavest beholdning av kapital, gjennom en periode på 20 år, settes i stand til å gjenanskaffe et nivå på kapitalbeholdningen som tilsvarer dagens gjennomsnitt i de fire RHF-ene (se tabell 11.13).

Tabell 11.13 Omfordeling av kapital (mill. kroner).

	Bokført kapital (ekskl. langsiktig gjeld) per 31.12.20 06	Andel kapital	Andel behov ¹ (F)	Justering av forskjeller fordelt over 20 år(I)
Helse Sør-Øst	28 826	55,1 %	56,2 %	28
Helse Vest	8 797	16,8 %	19,4 %	65
Helse Midt-Norge	8 203	15,7 %	14,0 %	-45
Helse Nord	6 511	12,4 %	10,4 %	-48
Sum	52 337	100,0 %	100,0 %	0

¹ Andel behov finnes ved å vekte befolkningen med behovsindeksen, F, og så beregne andelen av den «behovskorrigerende befolkningen».

Resultatet av denne runden er en omfordeling av midler fra Helse Midt-Norge og Helse Nord til de to andre.

I mandatet lå det at modellen skulle være nøytral for stykkprisandel. I ISF-ordningen er det ingen korreksjoner for kostnadsforskjeller mellom RHF-ene da refusjonen er den samme for alle. Dette betyr at en høyere andel stykkpris bidrar til at kostnadsforskjellene i større grad ikke fanges opp og kompenseres for. Utvalget foreslår en modell som ivaretar dette. Forslaget er som følger:

- Hele rammen (inkludert aktivitetsbaserte delen på post 76 og 77) fordeles etter ressursbehovsindeksen (H).
- Post 76 og 77 trekkes tilbake igjen, men nå kun etter behovsindeksen.

Dette betyr at ”kostnadsulempedelen” av stykkprisrammen blir liggende igjen i basis. Dette betyr at modellen kompenserer for kostnadsforskjeller i den forventede aktiviteten, men ikke den faktiske dersom denne avviker fra den forventede.

I tabell 11.14 presenteres omfordelingseffektene av å innføre modellen i forhold til Budsjett 2008 etter dagens modell.

Tabell 11.14 Omfordelingseffekter. Mill. kroner avrundet. Basert på forslaget i St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) og St.prp. nr.1 (2007 – 2008) Tillegg nr. 2.

	Basert på ressursbehovsindeks (H)	Korreksjon kapital (I)	Omfordeling	Kroner per innbygger	Pst. av bevilgning 2008
Helse Sør-Øst	-809	28	-781	-300	-2,2 %
Helse Vest	181	65	246	254	2,1 %
Helse Midt-Norge	369	-45	324	496	3,7 %
Helse Nord	258	-48	211	456	2,6 %

Helse Midt-Norge får den største faktiske økningen med en økning på 324 millioner i forhold til dagens modell, mens Helse Sør-Øst avgir 781 millioner. Det er også verdt å merke seg at selv om Helse Vest har fått en nedgang i ressurstildeling i forhold til den rene behovsindeksen i den nye nøkkelen ved å inkludere kostnadsforskjeller og prehospitale tjenester, blir det totalt sett en økning i ressurstilgang i forhold til dagens fordelingsmodell.

Utvalget foreslår også at det etableres nye betalingsordninger mellom RHF-ene selv om mange av utfordringene omkring gjestepasientoppgjøret har forsvunnet ved etableringen av Helse Sør-Øst. Utvalget presiserer også at det er behov for å lage oppgjørsordninger mellom RHF-ene for opptreningsinstitusjonene (som nå er lagt inn i den generelle inntektsrammen). Forslagene er som følger:

- Gjestepasientoppgjøret bør være basert på avtaler som spesifiserer omfang og pris.
- Behandlende regionale helseforetak refunderes 100 pst. av ISF-refusjon – i tillegg til et anslag på kapitalkostnader. I mangel av informasjon om kapitalkostnader i DRG-systemet overlates til regionale helseforetak å bli enige om nivået på kompensasjon for kapital.

- For pasienter som ikke omfattes av ISF-ordningen anbefales at man følger samme prinsipp som over, men at det her tas utgangspunkt i en avtalt pris per «naturlig aktivitetsenhet». Dette kan være opphold, plass eller oppholdsdøgn.
- For flerregionale funksjoner og landsfunksjoner viderefører utvalget forslagene fra Hagen-utvalget, og anbefaler at man arbeider videre med å etablere en abonnementsmodell mellom de fire regionale helseforetak. Abonnementsmodellen må utformes slik at det «kjøpende» helseforetak forplikter seg til å dekke både kapital og driftskostnader opp til et avtalt volum. Avtalene må sikre forutsigbarhet for både «kjøper» og «selger». Departementet har et særlig ansvar for å tilrettelegge for en slik abonnementsmodell.

Når det gjelder forskning har utvalget foreslått å endre forholdet mellom basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd fra 40/60 til 30/70. Utvalget har ikke forholdt seg til størrelsen på bevilgningen eller graden av kostnadsdekning i finansieringen av forskning.

Helt til slutt presiserer utvalget at innføringen av den nye modellen for inntektsfordeling vil påføre Helse Sør-Øst betydelige omstillingsutfordringer. Utvalget anbefaler derfor at det etableres overgangsordninger som gjør det mulig å gjennomføre disse innen forsvarlige rammer.

Kap 12. Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalgets forslag innebærer at antall kriterier som skal oppdateres årlig, øker i forhold til dagens modell. Utvalget foreslår også at det på følgende områder foretas nye utredninger:

- Utvalget anbefaler i kapittel 7 at det settes i gang et arbeid med sikte på å vurdere hensiktsmessigheten av å fordele ut kapitalkostnadene til de enkelte DRGer. Utvalget vil påpeke behovet for at det trekkes inn fagmiljø med bred bedrifts- og samfunnsøkonomisk kompetanse i et slikt arbeid.
- Utvalget anbefaler i kapittel 8.1 at det bør arbeides videre med analyser av effekter av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for helsetjenester.
- Utvalget anbefaler i kapittel 8.1 at det bør utredes nærmere om geografiske variasjoner i tilgjengeligheten av poliklinisk behandling og private avtalespesialister medfører geografiske variasjoner i behovsdekning.
- Utvalget anbefaler i kapittel 8.4 at kostnadsvektene for prehospitale tjenester og pasienttransport oppdateres når bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenestene foreligger.
- Utvalget erkjenner at man i løpet av den tid og med det datagrunnlag utvalget har hatt til rådighet, ikke er kommet langt nok med hensyn til å analysere kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak. Utvalget anbefaler derfor i kapittel 9 at det initieres et oppfølgende arbeid med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere disse forholdene nærmere.

- Utvalget etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av eventuelle merkostnader i spesialisthelsetjenesten knyttet til grunnutdanning og videre- og etterutdanning. Utvalget anbefaler i kapittel 10 at det etableres et eget prosjekt med sikte på å måle ressursbruk til utdanning/undervisning i helseforetakene, på lik linje med nasjonalt system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene.
- Utvalget har valgt å ikke vurdere størrelsen på forskningsbevilgningen. Utvalget har i kapittel 10 bedt Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere omfanget av medisinsk-faglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling.