



Arkivsak-dok. 200800077-13
Arkivkode 020 &13
Saksbehandler Terje Kind

Saksgang
Fylkesutvalget

Møtedato
15.4.2008

FORSLAG OM NY FINANSIERING AV BASISBEVILGNINGEN TIL DE REGIONALE HELSEFORETAK - HØRING

Forslag til

VEDTAK

Fylkesutvalget slutter seg til fylkesrådmannens merknader til forslag om nye fordelingskriterier for basisbevilgningene til de regionale helseforetak og vil spesielt understreke:

- Det er positivt at de nye fordelingskriteriene på en bedre måte enn hittil søker å sikre et mest mulig likeverdig helsetilbud og utjevning av helseforskjeller i befolkningen uavhengig av bla. geografisk bosted og sosioøkonomiske forhold. Disse kriteriene bør også legges til grunn for ressursfordelingen mellom de enkelte sykehus/sykehusforetak innad i de regionale helseforetak
- De økonomiske fordelingskriteriene bør – i større utstrekning enn foreslått – fange opp merutgifter knyttet til
 - et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud, herunder merutgifter knyttet til akuttberedskap, videreutvikling av distriktpsikiatriske og distriktsmedisinske tilbud med mer.
 - behov for et nettverk av samhandlingsarenaer og et utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten, herunder helseforetakenes rolle i forebyggende helsearbeid

Stein Erik Thorud
Konst. fylkesrådmann

Terje Kind
Ass. fylkesrådmann

Vedlegg: Sammendrag av utvalgets innstilling

SAKSINNSTILLING

1. Innledning

Regjeringen nedsatte et offentlig utvalg i desember 2006 med oppgave å foreta en bred faglig gjennomgang av kriteriene i dagens fordelingssystem for basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Utvalget avga sin innstilling 10. januar d.å..

Høringsdokumentet kan lastes ned fra departementets hjemmeside:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2008/Fordeling-av-inntekter-mellom-regionale-.html?id=498588>

En papirversjon av NOUen kan bestilles ved å sende en c-post til [brit.solber @hod.de no](mailto:brit.solber@hod.de.no) - eller per telefon 22 24 82

98

Som trykt vedlegg følger et sammendrag av innstillingen.

Noen hovedpunkter i utvalgets forslag

Fylkesrådmannen vil innledningsvis understreke at den foreliggende utredning kun omhandler den såkalte basisfinansieringen av helseforetakene, dvs. den aktivitetsuavhengige delen. Den aktivitetsavhengige delen av finansieringen ivaretas gjennom systemet for "Innsatsstyrt finansiering" og finansiering av poliklinisk virksomhet, laborativ virksomhet med mer.

Den aktivitetsuavhengige delen av finansiering forutsettes i utgangspunktet å skulle fange opp ulikheter i strukturelle forhold knyttet til i første rekke demografiske og geografiske forhold. I sitt arbeid har utvalget også vurdert enkelte andre "strukturforhold", herunder sosioøkonomiske og klimatiske forhold. Basisfinansieringen forutsettes generelt å fange opp strukturelle forhold som helseforetakene i utgangspunktet selv ikke kan påvirke eller har herredømme over, men som påvirker det samlede behovet for helsetjenester samt kostnadene ved å framskaffe disse helsetjenester.

Utvalget poengterer innledningsvis:

"Utvalget har hatt som overordnet mål for sitt arbeid at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Utvalget vil påpeke at klare og forutsigbare økonomiske rammer vil gjøre det lettere å møte de ledelses- og styringsutfordringer en så komplisert sektor som spesialisthelsetjenesten står ovenfor. I sin utforming av inntektsfordelingsmodell har utvalget derfor lagt stor vekt på at modellen skal være tydelig, forutsigbar og ha høy grad av legitimitet i sektoren."

Siktemålet for utredningen om basisfinansieringen er å utvikle "objektive" kriterier som fanger opp ulikheter i behov for og kostnadene ved å yte nærmere definerte spesialisthelsetjenester. Ønsker om å stimulere aktiviteten i bestemte retninger, herunder prioriteringer av særskilte funksjoner, pasientgrupper etc. forutsettes først og fremst hensyntatt i den aktivitetsbaserte delen, herunder opplegget for "Innsatsstyrt finansiering". Utvalget har i sin analyse av behovs- og kostnadsforhold lagt til grunn følgende hovedoppgaver til de regionale helseforetak: Somatiske behandlingsoppgaver, psykiatrisk behandling, prehospitaltjenester inkl. pasienttransport og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Håndtering av forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester - utvalgets forslag til behovsnøkler:

For de somatiske behandlingsoppgaver foreslår utvalget behovsnøkler knyttet til alder, dødelighet, andel sykmeldte, andel uføretrygdete, andel med rehabiliteringspenger, andel grunnskole, levekårsindeks (arbeidsledighet, voldskriminalitet og attføring) og en indeks for klima og breddegrad (sommertemperatur, vintertemperatur, nedbør og breddegrad). Utvalgets forslag til behovsnøkkel skiller seg derfor vesentlig fra dagens nøkkel, ved at det tas hensyn til helsekriterier, sosioøkonomiske kriterier og kriterier som fanger opp forhold knyttet til klima og breddegrad.

Sammenlignet med dagens nøkkel, gir behovsnøkkel en større andel til Helse Nord og (i mindre grad) Helse Midt-Norge og en lavere andel til Helse Vest og (i mindre grad) Helse Sør-Øst. Det er større forskjell i fordeling av helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier mellom regionene enn i alder. Utvalgets forslag om å introdusere helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier får derfor relativt stor betydning for inntektsfordelingen sammenlignet med dagens nøkkel.

Innen psykisk helsevern har utvalget – for så vidt gjelder tilbudsbehov for voksne – tatt utgangspunkt i dagens kriteriedata, mens det forelås nye kriterier bl.a. for å fange opp ulikheter i behov for barn og unge.

Utvalget oppsummerer dette slik:

”Analysene viser at alder, andel ugifte, andel uføretrygdete med psykiatrisk diagnose og andel grunnskole fortsatt har betydning for forbruket av helsetjenester. Analyseresultatene tilsier videre at andel barn som bor med en forelder, barnevernstiltak og andel uføretrygdete er forbundet med økt behov for psykiske helsetjenester og skal derfor inkluderes i behovsnøkkel for psykisk helsevern.”

Utvalget foreslår videre at det tas inn et kriterielement som fanger opp utbredelsen av psykiske problemstillinger knyttet til den fremmedkulturelle innvandrerbefolkningen, spesielt ikke-vestlige innvandrere.

Nytt i forhold til dagens behovskriterier er også at det foreslås egne kriterier for prehospitaltjenester, inkl. pasienttransport. Disse kriterier tar i all hovedsak utgangspunkt i reiseavstander.

Behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er også nytt i forhold til dagens fordelingsnøkler og tar utgangspunkt i mange av de samme faktorene som for psykisk helsevern, dog med ulik relativ vektlegging og med en særskilt ”storbyvariabel”.

Håndtering av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Utvalget tar følgende utgangspunkt i dette spørsmålet:

”Det er store variasjoner mellom helseforetak både i kostnader per behandlet pasient, kostnader per liggedøgn og kostnader per DRG-poeng. Utvalget mener at disse forskjellene ikke alene kan forklares ut fra forskjeller i produktivitet. Forskjeller i kostnadsnivå kan oppstå pga. faktorer som lønnsnivået i regionen, størrelse, rekrutteringsmuligheter, turnover, akuttberedskap osv. I tillegg har helseforetakene lovpålagte oppgaver ut over pasientbehandling som forskning, utdanning og opplæring. Disse vil dels kreve egne ressurser, men vil også kunne påvirke kostnadene ved pasientbehandlingen.

Dersom det er systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom de fire regionale helseforetakene betyr det at helseforetak med høyt kostnadsnivå vil kreve mer ressurser enn helseforetak med lavt kostnadsnivå for å kunne gi samme behovsdekning. I en inntektsfordelingsmodell vil det dermed være nødvendig å kompensere for noen, men ikke nødvendigvis alle forskjeller i kostnader. ”

Utvalget konkluderer med at geografiske forhold knyttet til reiseavstander er den dominerende årsak til ulikheter i helseforetakenes kostnadsnivå knyttet til pasientbehandling. Utvalget legger til grunn at med dette kostnadskriteriet fanger opp – helt eller delvis – kostnadsulempen knyttet til spredt akuttberedskap og også i noen grad kostnadsforskjeller som følge av rekrutteringsproblemer, turnover og vikarkostnader. Merknader knyttet til helseforetakenes oppgaver i forbindelse med utdanning av helsepersonell og forskningsvirksomhet foreslås ivaretatt gjennom særskilte kostnadskomponenter.

Fylkesrådmannens merknader

Utvalgets forslag synes – på en langt bedre måte enn dagens fordelingskriterier – å fange opp ulikheter i befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester og forskjeller i kostnadsnivå som skyldes utenforliggende forhold uavhengig av det enkelte helseforetak. Kriterienes økte vektlegging av geografi - konkretisert til reisetid til nærmeste sykehus - er en positiv videreutvikling i forhold til dagens kriterier. Det samme gjelder de foreslåtte nye kriterievariabler for å fange opp sosioøkonomiske forhold, herunder barn og unges samt særskilte innvandrergruppers behov for bla. psykiatriske tjenester. Også behovskriterier knyttet til tverrfaglig, spesialiserte rustjenester synes ivaretatt så langt det er praktisk mulig med nåværende datagrunnlag.

Sykehus Innlandet (SI) har avgitt slik uttalelse til utvalgets innstilling:

- Reiseavstander
 - SI er positive til at reisetid til nærmeste akuttstasjon er hensyntatt i modellen da reisetid til sykehus er en betydelig kostnadsdriver for ambulansetjenester og pasienttransport.
- Struktur
 - SI har gjennom flere interne beregninger påvist at foretakets struktur med seks akuttmottak innebærer en betydelig kostnadsuleppe. I NOU 2008:2 påpeker utvalget at kostnadsnivået øker med økt akuttberedskap men finner ingen stabil signifikans for dette. Med bakgrunn i det har utvalget ikke tatt dette forholdet inn i kostnadskomponenten. SI mener at egne beregninger rundt stordriftsfordeler/ fusjonsgevinster sannsynliggjør at en struktur med mange akuttstasjoner og opptaksområder påvirker kostnadsnivået negativt. Under rådende omstendigheter vurderes dette forholdet til i liten grad å være innenfor egen kontroll og prinsipielt bør derfor modellen kompensere for dette. Grunnet de tvetydige resultatene fra utvalgets arbeid og med støtte i interne beregninger mener SI strukturforholdet bør undersøkes ytterligere.

Punkt 1 i uttalen samsvarer med fylkesrådmannens merknader ovenfor. Fylkesrådmannen er også for så vidt enig i punkt 2, men mener at de kostnadsmessige utfordringer knyttet til institusjons- og tilbudsstruktur ikke "bare" bør knyttes til akuttberedskap, men gjelder generelt en rekke funksjoner i aksens sentralisering – desentralisering.

Selv med ulikt syn på de praktiske løsninger og hvor langt en bør gå i retning av desentralisering synes det å være bred politisk enighet om at helsetjenester generelt bør tilbys så nært de aktuelle pasientgrupper som det faglig og økonomisk er forsvarlig. Dette åpner for målsettinger – innen ovennevnte rammer og begrensninger – for desentraliserte løsninger som, isolert sett og avhengig av geografiske forhold, kan være mer ressurskrevende enn andre. Det vil alltid være en diskusjon hvorvidt dette eventuelt er "selvpålagte" merutgifter eller "strukturelle/utenforliggende" merutgifter begrunnet i geografiske og/eller bosetningsmessige forhold.

Så lenge målsettinger om et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud er forankret i sentrale politiske føringer, bør eventuelle korresponderende merutgifter etter fylkesrådmannens oppfatning i prinsippet fanges opp av de kostnadsbaserte fordelingskriterier. Dette vil eksempelvis kunne gjelde merkostnader knyttet til utbygging av desentraliserte spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunehelsetjenesten, utvikling av distriktsmedisinske og distriktpspsykiatriske sentra osv.

Samhandlingsoppgaver med kommunehelsetjenesten

Et av de sentrale strategiske grep som de regionale helseforetak har trukket opp for å videreutvikle sine tjenestetilbud, er å utvikle et nettverk av samhandlingsarenaer og videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Dette anses nødvendig for å få en sammenhengende undersøkelses- og behandlingsskjede på tvers av organisatoriske og administrative skillelinjer.

Isolert sett er dette ressurskrevende oppgaver sett både fra helseforetakenes og kommunehelsetjenestens side. Både kommunestruktur, ulik organisering av kommunehelsetjenesten med mer vil påvirke kompleksiteten og ressursbehovet for å få dette samarbeidet til å fungere godt og vil derfor kunne variere fra helseforetak til helseforetak, avhengig av bla. kommunestruktur/antall kommuner i nedslagsområdet, organisering av kommunehelsetjenesten osv. Fylkesrådmannen er imidlertid underforstått med utfordringer med å utvikle kriterier som fanger opp disse forhold.

Helseforetakenes rolle i folkehelsearbeidet.

St.meld. nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller viderefører Folkehelsemeldingens føringer, jfr. St.meld. nr.16 (2002 – 2003).

I fellesrundskriv IS-1/2008 til kommunene, fylkesmennene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene fra Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet utdypes de ulike aktørers roller og tilstilte forventninger bla. i folkehelsearbeidet.

Helseforetakene er forventet å delta aktivt i det forebyggende helsearbeid, bla. gjennom veiledningsoppgaver rettet mot kommunehelsetjenesten.

Disse oppgaver bør – selv om de ressursmessig er nokså marginale i forhold til helseforetakenes samlede virksomhet – bygges inn i fordelingskriteriene ikke minst for å markere helseforetakenes ansvar og at dette ansvaret er vektlagt i fordelingen av de økonomiske basisressurser.

Vedlegg:

Sammendrag av NOU 2008:2 om forslag til ny finansiering av basisbevilgningen til de regionale helseforetak

Utvalget er oppnevnt for å foreta en bred, faglig gjennomgang av systemet for fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak i lys av nye data, metoder og forskning. Videre sier mandatet at utvalget må ta hensyn til nye oppgaver de regionale helseforetakene er tilført siden forrige gjennomgang. Utvalget ser det som sin hovedoppgave å gjennomgå dagens inntektssystem og komme med konkrete forslag til forbedringer. Utvalget har beregnet virkninger av forslagene på regionalt helseforetaksnivå med utgangspunkt i forslaget til statsbudsjett for 2008.

Utvalget har hatt som overordnet mål for sitt arbeid at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Utvalget vil påpeke at klare og forutsigbare økonomiske rammer vil gjøre det lettere å møte de ledelses- og styringsutfordringer en så komplisert sektor som spesialisthelsetjenesten står ovenfor. I sin utforming av inntektsfordelingsmodell har utvalget derfor lagt stor vekt på at modellen skal være tydelig, forutsigbar og ha høy grad av legitimitet i sektoren.

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.

2.1 Regionale helseforetaks oppgaver og finansieringssystem. Inntektssystemer i andre land

Kapitlene 3 til 5 er den beskrivende delen av innstillingen.

Regionale helseforetaks oppgaver og finansieringssystem

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. De har dermed et ansvar for at bevilgninger, som i 2008 utgjør om lag 83 mrd. kroner, brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for spesialisthelsetjenesten.

Systemet for fordeling av inntekter fra staten til de regionale helseforetakene kan i hovedsak deles i to. Inntekter i basisbevilgningen er uavhengige av aktivitet, mens inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikk er aktivitetsavhengige. Dagens system for inntekter til de regionale helseforetak ble

sist gjennomgått i St.meld. nr. 5 (2003 – 2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. Utvalgets hovedoppgave er å lage et inntektsfordelingssystem for de aktivitetsuavhengige bevilgningene til de fire regionale helseforetakene. Utvalget skal i tillegg utvikle fordelingsystemet slik at midler til opptreningsinstitusjoner og pasienttransport også kan inngå i et nytt inntektsfordelingssystem.

Inntektsfordelingssystemet for spesialisthelsetjenesten i 2005 – 2008

Dagens inntektsfordelingssystem ble tatt i bruk i 2005. Basisbevilgningen ble fordelt med 50 pst. vekt på fordeling i 2003 og 50 pst. vekt på de to kostnadsnøklerne som ble foreslått i NOU 2003: 1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Denne løsningen ble valgt for å minske omfordelingsvirkningene mellom de regionale helseforetakene i forhold til at 100 pst. av midlene ble fordelt etter forslaget i NOU 2003: 1. Det ble gitt et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord, finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene. Begrunnelsen var at endringene for Helse Nord ellers ville bli for store. Samlet innebar ordningen at bevilgningene til Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord skulle reduseres, mens bevilgningene til Helse Vest og Helse Midt-Norge skulle økes. Overgangsperioden begynte i 2005 og var planlagt å vare til 2009, men ble sluttført i 2007. Overgangsordningen har blitt forsert gjennom at det er blitt tilført ekstra midler i løpet av perioden.

Kostnadsnøklerne for somatikk og psykisk helsevern foreslått i NOU 2003: 1 inngår med halv tyngde i dagens system. Alderskriteriene veier tyngst i begge nøklene. Utvalget viser til at det etter 2005 har vært en faglig debatt knyttet til om sosioøkonomiske indikatorer i sterkere grad burde vært innarbeidet i kostnadsnøkkelene for somatikk. I debatten har det videre vært trukket fram at klimaforhold synes å ha en viss betydning for forbruket innen spesialisthelsetjenesten. Utvalget har viet begge disse forholdene betydelig plass i sitt arbeid.

Dagens inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak har vært utsatt for kritikk. Utvalget vil påpeke at det lett vil oppstå uenighet om et fordelingsystem hvor den enes gevinst er den andres tap. Utvalget vil også understreke at utforming av fordelingskriterier og kostnadsnøkler til en viss grad må involvere bruk av skjønn, og at det vil kunne være ulike oppfatninger av hvordan dette skal gjøres.

Inntektssystemet i Sverige, Danmark, England og Skottland

Utvalget har vurdert inntektssystemene i Sverige, Danmark, England og Skottland. Hensikten er først og fremst å se hvilke kriterier som brukes i inntektssystemene i disse landene.

Utvalget har merket seg at disse landene baserer seg på de samme gruppene av kriterier: alder, sosioøkonomiske variabler, ulike indikatorer for helsetilstand og kompensasjon for kostnadsulempen. I alle landene har alderskriterier stor betydning for beregnet utgiftsbehov. Videre legges det vekt på sosiale forhold i beregningen av utgiftsbehov, men det brukes ulike kriterier for å fange opp disse, f.eks. sivilstand, utdanning eller inntektsnivå. I systemene i England og Skottland inngår dødelighet som et kriterium. Danmark har innført et kriterium som tar utgangspunkt i beregnet antall tapte leveår. Videre kompenserer alle land for kostnadsulempen som skyldes et spredt bosettingsmønster, men dette gjøres på ulike måter.

Utvalget har valgt å forfølge de samme gruppene av variabler i sine nye behovs- og kostnadsanalyser.

2.2 Behovs- og kostnadsanalyser

Kapitlene 6 til 10 utgjør analysedelen av innstillingen.

Mål, prinsipper og metoder for utforming av inntektssystemet

Utgangspunktet for inntektsfordelingen er regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar. Utvalgets forslag til inntektsfordeling skal sikre at de fire regionale helseforetakene er i stand til å tilby innbyggerne likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester.

Dagens kostnadsnøkler, jf. NOU 2003: 1, fanger opp forhold ved befolkningen som reelt påvirker behovet for spesialisthelsetjenester samt variasjoner i *kostnader* forbundet med å gi et likeverdig tjenestetilbud i hele landet. Utvalgets vurdering er at inntektsfordelingssystemet fortsatt skal ta hensyn til forskjeller i befolkningens behov for tjenester samt forskjeller i kostnadene ved å framskaffe disse tjenestene. I utvalgets behovs- og kostnadsanalyser vurderes derfor hvilke faktorer som vil kunne påvirke hhv. behov og kostnader.

For begge typer av analyser har utvalget vurdert hvilke datagrunnlag som er tilgjengelige, hvordan ulike faktorer skal veies mot hverandre og hva slags metodisk tilnærming som gir mest robuste og sikre resultater. Utvalget understreker at det må foretas en rekke valg i denne type analyser. Utvalget har derfor foretatt avgjørelser i utforming og gjennomføring av analysene som inneholder elementer av skjønn. Utover dette har utvalget i noen tilfeller valgt å skjønnsmessig tilpasse de kostnadsnøklerne som framkommer fra de statistiske analysene. Før en slik tilpasning er foretatt, har utvalget vurdert om det er grunnlag for å anta at det er udekket behov som ikke fanges opp av de statistiske analysene eller om det resultat som framkommer fra analysene vurderes som usikkert. I de tilfeller hvor slikt skjønn er anvendt, er dette kommentert særskilt.

Utvalgets behandling av inntekter til kapital

Utvalget foreslår et nytt kriteriebasert system for overføring av inntekter, og ikke for hvordan regionale helseforetak skal løse den «produksjonsmessige» delen av oppgaven. Utvalget tar utgangspunkt i at inntekter til kapital prinsipielt skal behandles på samme måte som inntekter til øvrige kostnader. Utvalget mener at de regionale helseforetak selv skal fordele sine ressurser mellom de ulike innsatsfaktorene arbeid og kapital. Dette er i tråd med helseforetaksmodellen.

Forutsetningen for en slik likebehandling er at behovsvariablene for kapital og andre innsatsfaktorer er de samme. Utvalget har ingen indikasjoner på at dette ikke er tilfelle. Videre er det en forutsetning at utgangspunktet er tilnærmet likt for regionale helseforetak. Dette vurderer utvalget som mer problematisk siden Helse Sør-Øst og Helse Vest har vesentlig lavere kapitalbeholdninger enn de andre regionale helseforetakene. Utvalgets vurdering er at disse forskjellene i noen grad bør jevnnes ut. Utvalgets modell for utjevning går ut på å korrigere balanseført kapital per innbygger (korrigert for ulikheter i behov) for langsiktig gjeld per innbygger. De forskjellene som da oppstår betraktes som forskjeller i kapitalbeholdning per innbygger i de fire regionale helseforetakene. Utvalget foreslår å utligne forskjellene i kapitalbeholdning over en periode på 20 år. Utvalget presiserer at dette forutsetter at det i denne perioden ikke gis særskilte tilskudd til investeringer ut over de generelle bevilgningene i basisrammen.

Generelt om analyser av behov

Utvalget har gjennomgått eksisterende analyser av somatikk og psykisk helsevern, og har forestått nye analyser av beregnet utgiftsbehov for disse tjenestene. I tillegg har utvalget forestått nye behovsanalyser på områdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Utvalget har hatt en tilnærming der en ønsker å analysere effektene av ulike faktorer som tidligere er dokumentert til å påvirke helsetilstanden eller forbruk av helsetjenester. Utvalget har i tråd med mandatet gjennomført analyser basert på nye data og nye analysemetoder.

Behovsnøkkelen for somatiske spesialisthelsetjenester

I utformingen av behovsnøkkelen for somatiske spesialisthelsetjenester har utvalget tatt utgangspunkt i alder som er det eneste behovskriterium i dagens kostnadsnøkkel. For å fange opp debatten om dagens kostnadsnøkkel for somatikk, har også effekten av ulike helsetilstandsvariabler, sosioøkonomiske variabler og klimavariabler blitt vurdert.

Alder har, som forventet, stor betydning for forbruket av sykehustjenester. Analyseresultatene tilsier videre at dødelighet, legemeldt sykefravær, uføretrygd og rehabiliteringspenger er helseindikatorer som er forbundet med økt behov for sykehustjenester og derfor skal inkluderes i behovsnøkkelen for somatikk. Utvalget vil imidlertid peke på at antall trygdemottakere i teorien påvirkes av beslutninger som gjøres i helseforetakene. Den innsatsen helseforetakene gjør for å bidra til å redusere sykefravær mv. vil, slik variabelen nå står, gi reduserte inntekter for helseforetakene. Det kan gi gale insitamenter i forhold til sentrale politiske målsettinger. Utvalget anbefaler derfor at variablene beregnes som gjennomsnitt over en tidsperiode og låses til dette nivået.

Analysene viser at andelen med grunnskole som høyeste utdanning i alderen 20 – 59 år har en forventet positiv effekt på forbruk når variabelen måles på kommunenivå. Utvalget finner det også dokumentert at andre levekårsindikatorer på kommunenivå har betydning for behov for sykehustjenester og foreslår at en levekårsindeks beregnet som et gjennomsnitt av tre delindekser for arbeidsledighet, voldskriminalitet og attføring, tas med som et kriterium.

Analysene viser at en indeks som fanger opp effekter av klima (kald sommer, varm vinter, mye nedbør) og breddegrad har betydning for forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester. Utvalget finner at det er statistisk signifikante sammenhenger mellom klimatiske og geografiske forhold og forbruk av spesialisthelsetjenester. Utvalget finner derfor at det er grunnlag for å inkludere variabelen i inntektssystemet. I og med at dette er en ny variabel i inntektssystemsammenheng med usikker tolkning, foreslår utvalget at den skjønnsmessig innvektes i behovsnøkkelen med 20 pst. av beregnet vekt. Klima- og breddegradsindeksen bidrar til å øke beregnet behov i Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens Helse Sør-Øst får redusert beregnet behov.

Medlemmene Hagen, Lindahl og Robertsen vil tilkjennegi betydelig usikkerhet knyttet til denne indeksen. Etter en samlet vurdering og med henvisning til et ønske om at utvalget skal kunne samles om en felles modell, vil disse medlemmene likevel stille seg bak en modell hvor en klima- og breddegradsindeks inngår med en skjønnsmessig satt andel på 20 pst. av empirisk verdi.

Utvalget ser ikke behov for årlig oppdatering av indeks for klima og breddegrad.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester inkluderer alder, dødelighet, andel sykmeldte, andel uføretrygdede, andel med rehabiliteringspenger, andel grunnskole,

levekårsindeks (arbeidsledighet, voldskriminalitet og atferd) og en indeks for klima og breddegrad (sommertemperatur, vintertemperatur, nedbør og breddegrad). Utvalgets forslag til behovsnøkkel skiller seg derfor vesentlig fra dagens nøkkel, ved at det tas hensyn til helsekriterier, sosioøkonomiske kriterier og kriterier som fanger opp forhold knyttet til klima og breddegrad.

Sammenlignet med dagens nøkkel, gir behovsnøkkel en større andel til Helse Nord og (i mindre grad) Helse Midt-Norge og en lavere andel til Helse Vest og (i mindre grad) Helse Sør-Øst. Det er større forskjell i fordeling av helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier mellom regionene enn i alder. Utvalgets forslag om å introdusere helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier får derfor relativt stor betydning for inntektsfordelingen sammenlignet med dagens nøkkel.

Behovsnøkkel for psykisk helsevern

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern baserer seg på delanalyser av data for voksne og data for barn og unge. I analysene for voksne har utvalget tatt utgangspunkt i de ulike kriteriene i dagens kostnadsnøkkel for psykisk helsevern. I analysene for barn og unge har utvalget undersøkt en rekke nye faktorer.

Analysene viser at alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose og andel grunnskole fortsatt har betydning for forbruket av helsetjenester. Analyseresultatene tilsier videre at andel barn som bor med en forelder, barnevernstiltak og andel uføretrygdde er forbundet med økt behov for psykiske helsetjenester og skal derfor inkluderes i behovsnøkkel for psykisk helsevern. Utvalget anbefaler at kriteriene som baseres på andel uføretrygdde beregnes som gjennomsnittet over en tidsperiode og låses.

Analysene for psykisk helsevern for voksne gir ikke mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i innvandrerbefolkningen. Undersøkelser viser imidlertid at utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen. Utvalget mener at behovsmessige og kostnadmessige forhold trekker i retning av et forhøyet kostnadsbehov knyttet til andelen ikke-vestlige innvandrere. Utvalget finner at det er grunnlag for å gi ikke-vestlige innvandrere en skjønnsmessig innvekting i behovsnøkkel for psykisk helsevern. Innvektingen av kriteriet er basert på en antagelse om at forbruket blant ikke-vestlige innvandrere er dobbelt så høyt som for gjennomsnittet. Den skjønnsmessige innvektingen av innvandrer-kriteriet bidrar til å øke beregnet relativt behov for Helse Sør-Øst.

Som nevnt under behovsnøkkel for somatikk har de ulike klimavariabler (kald sommer, varm vinter, mye nedbør og breddegrad) betydning for forbruket. Datagrunnlaget setter begrensinger for å analysere klimavariablenes effekter på forbruket av psykisk helsevern for voksne. Analysene viste ingen systematiske og stabile effekter av klima på forbruket av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern inkluderer dermed alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose, andel grunnskole, andel barn som bor med en forelder, barnevernstiltak, andel uføretrygdde og ikke-vestlige innvandrere. Det er små forskjeller i alderssammensetning mellom regionene. Dette medfører at alderskriteriene får liten betydning for den samlede fordelingen, selv om de teller 55 pst. i nøkkel. Det er større forskjell i fordeling av sosiale kriterier mellom regionene, og dette får derfor relativt stor betydning for fordelingen av beregnet behov.

Behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utvalget har gjennomført behovsanalyser på et område som ikke er analysert tidligere. Utvalgets analyser av behovet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling tar utgangspunkt i mange av de samme faktorene som gjelder for psykisk helsevern. Betydningen av de ulike faktorene vil imidlertid være forskjellig. I tillegg har utvalget gjennomført analyser av en storbyvariabel. Datagrunnlaget setter begrensinger for hvilke variabler som kan analyseres. Analysene gir bl.a. ikke mulighet til å analysere eventuelle effekter av klima og breddegrad på forbruket av tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Analysene viser at alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose, andel sosialhjelpsmottakere og andel grunnskole har betydning for forbruket av rusbehandlingstjenester. Utvalget anbefaler at kriteriet andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose beregnes som et gjennomsnitt over en tidsperiode og låses.

Analysene av tverrfaglig spesialisert rusbehandling gir ikke mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i storbyer. Det er argumenter for at omfanget av rusmiddelavhengighet og dermed behandlingsbehovene er større i Oslo enn ellers i landet. Utvalget har derfor gitt Oslo en skjønnsmessig innvekting på 5 pst. i behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette innebærer en antagelse om at Oslo har nesten 50 pst. høyere behov enn landet for øvrig, etter at det er tatt hensyn til de øvrige kriteriene sine bidrag til behovsvariasjoner.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling inkluderer alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose, andel sosialhjelpsmottakere, andel grunnskole og storby (Oslo). Det er større forskjell i fordeling av sosiale kriterier mellom regionene enn i aldersfordelingen, og de sosiale kriteriene har derfor relativt stor betydning for fordelingen av beregnet behov.

Behovsnøkkelen gir en større andel til Helse Sør-Øst og en lavere andel til de øvrige regionene sammenlignet med dagens nøkkel for psykisk helsevern som benyttes til å fordele inntekter for rusbehandling. Den skjønnsmessige innvektingen av storbykriteriet bidrar til en omfordeling til Helse Sør-Øst fra de øvrige regionene.

Kostnadsnøkkel for prehospitaltjenester inkl. pasienttransport

Utvalget har gjennomført behovsanalyser på et område som tidligere ikke har vært analysert med tanke på inntektsfordeling – prehospitaltjenester inkl. pasienttransport. Analysene av prehospitaltjenester og pasienttransport tar utgangspunkt i dagens struktur.

På bakgrunn av analyseresultatene finner utvalget det godt dokumentert at forskjeller i reiseavstander i stor grad kan forklare forskjeller i kostnader til prehospitaltjenester og pasienttransport.

Utvalget har vurdert ulike alternativer for hvordan prehospitaltjenester og pasienttransport tas inn i inntektssystemet. Utvalget har valgt en tilnærming basert på sammenheng mellom reiseavstand og samlede kostnader for prehospitaltjenester og pasienttransport. Ulike reisetidsvariabler og kombinasjoner av variabler er undersøkt. Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for prehospitaltjenester inkl. pasienttransport inkluderer både gjennomsnittlig reiseavstand til akuttpsykiatri og gjennomsnittlig reiseavstand til akuttpsykiatri kvadrert. Utvalget anbefaler at begge de to kriteriene låses.

Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Det er store variasjoner mellom helseforetak både i kostnader per behandlet pasient, kostnader per liggedøgn og kostnader per DRG-poeng. Utvalget mener at disse forskjellene ikke alene kan forklares ut fra forskjeller i produktivitet. Forskjeller i kostnadsnivå kan oppstå pga. faktorer som lønnsnivået i regionen, størrelse, rekrutteringsmuligheter, turnover, akuttberedskap osv. I tillegg har helseforetakene lovpålagte oppgaver ut over pasientbehandling som forskning, utdanning og opplæring. Disse vil dels kreve egne ressurser, men vil også kunne påvirke kostnadene ved pasientbehandlingen.

Dersom det er systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom de fire regionale helseforetakene betyr det at helseforetak med høyt kostnadsnivå vil kreve mer ressurser enn helseforetak med lavt kostnadsnivå for å kunne gi samme behovsdekning. I en inntektsfordelingsmodell vil det dermed være nødvendig å kompensere for noen, men ikke nødvendigvis alle forskjeller i kostnader.

Utvalgets finner at de gjennomførte analysene dokumenterer en klar sammenheng mellom reisetid og kostnader knyttet til pasientbehandling. Utvalget antar at man med dette fanger opp deler av de kostnadsulempene som kommer som følge av en spredt akuttberedskap og også i noen grad fanger opp ulemper knyttet til rekrutteringsproblemer, turnover og vikarkostnader.

Utvalget finner også at de gjennomførte analysene i stor grad dokumenterer en sammenheng mellom merkostnader i pasientbehandling knyttet til utdanning av leger (turnuskandidater) og legespesialister. Utvalget har imidlertid merket seg at størrelsen på de beregnede effektene av utdanning, og deres signifikans avhenger av hvordan utdanningsvariabelen måles. Utvalget velger derfor å foreta en skjønnsmessig vurdering av kompensasjon for kostnader knyttet til utdanning.

Utvalget er usikker på i hvilken grad de gjennomførte analysene fanger opp økte behandlingskostnader som følge av forskning og i hvilken grad de fanger opp de direkte forskningskostnadene. Utvalget viser til at fordelingen av forskningsaktiviteten er sterkt konsentrert til et mindre antall sykehus, samt at resultatene fra de statistiske analysene er svært følsomme for hvorvidt Rikshospitalet/Radiumhospitalet inkluderes. Utvalget velger å foreta en skjønnsmessig vurdering av kompensasjon for kostnader snarere enn å basere seg på resultatene fra de gjennomførte analysene.

For å fange opp kostnadsulempen knyttet til forskning og utdanning, foreslår utvalget at man tar høyde for faktiske forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene (historiske kostnader). Utvalget anbefaler videre at utvalgets foreslåtte kostnadsindeks låses til dagens nivå. Dersom dette ikke skjer vil en effektivisering i ett regionalt helseforetak medføre flytting av midler fra dette helseforetaket til de regionale helseforetak som ikke effektiviserer. Utvalget viser også til at kostnadskompensasjonen foreslås gitt på hele aktivitetsnivået, ikke bare den delen som finansieres gjennom rammen.

Nærmere om stordriftsfordeler ved sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst
Mandatet ber utvalget vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør og ta hensyn til dette i sitt forslag til inntektsfordelingsmodell.

Stordriftsfordeler er et økonomisk begrep som innebærer at kostnadene per produsert enhet faller med størrelse. Generelt vil dette innebære at faste kostnader, i første rekke kapital, fordeles over et større antall enheter i store enn i små enheter. Stordriftsfordeler kan også oppstå fordi man i større enheter oppnår en læring som gjør produksjonsprosessen mindre ressurskrevende. Som argument mot

stordriftsfordeler kan anføres at store enheter kan bli komplekse, uoversiktlige og dermed mer tungdrevne.

Utvalget vil presisere at verken nasjonal eller internasjonal forskning gir grunnlag for å konkludere entydig i forhold til størrelsen på et gevinstpotensial som følge av en sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør. Forskning fra andre områder enn helsesektoren tyder på at større omstillingsprosesser på kort sikt kan virke kostnadsdrivende, og at man må regne med en periode på minst 3 – 5 år før man kan vente å se økonomiske gevinster etter en fusjon. Sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør er bl.a. begrunnet med henvisninger til «bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet», jf. St.prp. nr. 44 (2006 – 2007). Utvalget kan ikke utelukke at det vil kunne være økonomiske gevinster å hente ved en annen organisering av sykehustilbudet i hovedstadsområdet. For å kunne antyde størrelsen på dette må man imidlertid ha detaljert informasjon om hvilke konsekvenser sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør har for kapitalbruk, kapasitet, omfang og fordeling av arbeidskraft, pasientstrømmer etc. Slik informasjon foreligger ikke, og utvalget oppfatter det som utenfor sitt mandat å hente inn denne type informasjon.

I sitt forslag til inntektsfordelingsmodell baserer utvalget seg på en kombinasjon av beregnet relativt behov og anslått relativt kostnadsnivå. Analysene av behov påvirkes ikke av sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør.

Forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Dagens finansiering av *forskning* er basert på en kombinasjon av et basistilskudd som fordeles likt mellom regionale helseforetak og en aktivitetsbasert del som finansieres etter regionale helseforetaks relative andel av forskningspoeng. Utvalget ser ikke behov for å foreslå endringer i denne modellen. Som følge av sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør, foreslår utvalget at andelen basistilskudd av samlede forskningstilskudd reduseres fra 40 pst. til 30 pst. og at basistilskuddet fordeles flatt til de fire regionale helseforetakene. Dette er motivert ut fra å gjøre endringen så inntektsnøytral som mulig.

Utvalget har valgt å ikke vurdere størrelsen på tilskuddet til forskning over kap. 732 post 78. Samtidig ser utvalget at forskjeller i kostnadsdekning til forskning mellom de regionale helseforetakene klart går i disfavør av Helse Sør-Øst. Ifølge tall fra NIFU STEP har Helse Sør-Øst i 2006 en egenfinansiering av forskning fra basisbevilgningen som tilsvarer nær 600 mill. kroner. Utvalget påpeker at helseforetak som velger å satse på forskning i dag må finansiere dette fra en rammebevilgning som bare til dels reflekterer eksisterende geografiske forskjeller i forskningsaktivitet. Utvalget ber Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere hvordan finansiering av forskningsaktiviteten kan styrkes uten at dette går på bekostning av pasientbehandlingen.

Utvalget etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av ev. merkostnader knyttet til *utdanningsaktiviteten*. Dataene viser at det er klare geografiske variasjoner i omfanget av utdanning. Utvalget har ikke informasjon om de reelle kostnadene knyttet til den videre- og etterutdanningsaktivitet som foregår i helseforetakene. Det er en overvekt av leger i utdanningsstillinger i Helse Nord, og det er derfor utvalgets vurdering at dagens finansieringsmodell kan gi geografiske skjevheter. I mangel av god og oppdatert informasjon om faktiske merkostnader 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 valgt å ta hensyn til historiske forskjeller i kostnader mellom helseforetakene, og antar at man på den måten fanger opp deler av de regionale forskjellene knyttet til både grunn- og videreutdanning.

Utvalget mener at regionale forskjeller i behov for *høyspesialiserte tjenester 1* fanges opp i de analysene av behov som utvalget har gjennomført. Dette gir dermed en fordeling av ressurser til regionale helseforetak som vil ivareta mulighetene for å gi et likt tilbud også til de pasientgrupper som har behov for lands- eller flerregionale funksjoner. Denne modellen for ressursfordeling stiller imidlertid sterkere krav til oppgjørsordninger mellom de fire regionale helseforetakene. Utvalget anbefaler at man arbeider 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.

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.

2.3 Utvalgets forslag til ny ressursbehovsindeks

I kapitlene 11 og 12 samles utvalgets forslag i en inntektsfordelingsmodell. Det presenteres en samlet ressursbehovsindeks som kombinerer behov og kostnader og beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionale helseforetak relativt til landsgjennomsnittet (tabell 11.12). I tillegg foretas en omfordeling med sikte på å utjevne forskjellene i kapitalbeholdning.

Tabell 2.1 Omfordelingseffekter. Mill. kroner. Basert på forslaget i St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) og St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) Tillegg nr. 2.

	Basert på ressursbehovsindeks	Korreksjon kapital	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 %

Utvalget foreslår at det i basistilskuddet gis en kompensasjon for kostnadsforskjeller som dekker hele aktiviteten. Utvalget har merket seg at den aktivitetsbaserte delen av finansieringen (ISF og poliklinikk) ikke inneholder kompensasjon for regionale forskjeller i kostnadsnivå. Utvalget presiserer at det dermed kompenserer for kostnadsforskjeller knyttet til et «forventet» aktivitetsnivå slik dette følger av utvalgets analyser av behov, og ikke for kostnadsforskjeller knyttet til faktisk aktivitet. På denne måten ivaretar også utvalget mandatets punkt om å lage et system som er robust for endringer i ISF-andelen.

Utvalget viser anslåtte omfordelingsvirkninger av sine forslag, basert på forslagene til statsbudsjett 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) og St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) Tillegg nr. 2. Utvalgets forslag innebærer en reduksjon i bevilgningen på 2,2 pst. for Helse Sør-Øst, en økning på 2,1 pst. for Helse Vest, en økning på 3,7 pst. for Helse Midt-Norge og en økning på 2,6 pst. for Helse Nord. Tabell 2.1 viser beregnede omfordelingseffekter (jf. også tabell 11.14 i kapittel 11).

Utvalget har i sine forslag ikke forholdt seg til størrelsen på bevilgning eller graden av kostnadsdekning i finansieringen av forskning og undervisning.

Utvalgets forslag innebærer følgelig en omfordeling av inntekter fra Helse Sør-Øst til de tre andre regionale helseforetakene. Utvalget ser at dette vil gi betydelige omstillingsutfordringer for Helse Sør-Øst, og anbefaler overgangsordninger som gjør det mulig for Helse Sør-Øst å gjennomføre disse innenfor forsvarlige rammer.

Utvalget foreslår følgende opplegg for gjestepasientoppgjør: Lands- og flerregionale funksjoner dekkes gjennom en abonnementsordning. Helse- og omsorgsdepartementet må ta initiativ til at en slik ordning etableres. Generelt refunderes 100 pst. av ISF-refusjon – i tillegg til et anslag på kapitalkostnader. Dette krever en avtale mellom de to regionale helseforetakene om hvilket volum som skal dekkes. 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». Utvalget foreslår videre at det innføres en oppgjørsordning mellom de regionale helseforetakene også for opptreningsinstitusjoner.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Den økonomiske ramme for regionale helseforetak bestemmes gjennom årlige budsjettvedtak og er ikke diskutert av utvalget. Utvalget har tatt den økonomiske ramme som gitt, og foreslår et nytt opplegg for fordeling mellom de regionale helseforetak innenfor rammen.

Utvalgets forslag innebærer at antall kriterier som skal oppdateres årlig økes sammenlignet med dagens modell. Utvalgets forslag er basert på nye analyser av områdene somatikk og psykisk helsevern samt analyser av områdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport som ikke er analysert tidligere. Utvalgets analyser viser at flere sosioøkonomiske variabler bidrar til å forklare behovet for spesialisthelsetjenester.

Etter utvalgets vurdering kan det være behov for videre utredninger på enkelte områder:

- Utvalget anbefaler at det settes i gang et arbeid med sikte på å vurdere hensiktsmessigheten av å fordele ut kapitalkostnadene til de enkelte DRGer.
- Utvalget anbefaler at det bør arbeides videre med analyser av effekter av klimatiske forhold og breddegrad for behovet for helsetjenester.
- Utvalget anbefaler at det utredes nærmere om geografiske variasjoner i tilgjengeligheten av poliklinisk behandling og private avtalespesialister medfører geografiske forskjeller i behovsdekning.
- Utvalget anbefaler 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 at det initieres et oppfølgende arbeid med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere disse forholdene nærmere.

- Utvalget anbefaler 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 ber Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere omfanget av medisinskfaglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling.

¹

Lands- og flerregionale funksjoner.

²

Omfordelingseffektene i tabell 2.1 er for hvert regionale helseforetak vist i forhold til forslag til bevilgning under kap. 732 post 70 (opptreningsinstitusjoner, pasienttransport, Modum Bad, Viken senter og tilskudd medisinerutdanning), kap. 732 postene 72-75 (basisbevilgningene) og regionale helseforetaks andeler av kap. 743 post 75.