

Deres referanse:

Vår referanse:

Vår dato:

08/68-11

14.04.2008

Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesteavdelingen
Einar Gerhardsens plass 3
0030 Oslo

Vedr. Forslag om finansiering av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene - høring

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

Utvalget har gjort et meget godt arbeid i den forstand at det er oppnådd konsensus i et stort nasjonalt utvalg med representanter fra alle helseregioner. Hensikten med utvalgets arbeid har vært å se på totaliteten og vårt engasjement dreier seg om synliggjøring av elementer, men ikke noe ønske om at skjevheter som har vært og som evt. har gitt noen regionale helseforetak muligheter til å bruke mer ressurser enn andre på undervisning og forskning skal opprettholdes.

I denne uttalelsen fokuserer vi på utredningens kap. 10 med spesiell vekt på forskning og utdanning. Høringsuttalelsen er utarbeidet i et samarbeid mellom Nasjonalt dekanmøte i medisin, Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning, Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning, Nasjonalt profesjonsråd for farmasiutdanning samt Nasjonalt fakultetsmøte for odontologiske fag. Rådene representerer 21 grunnutdanninger innen helse- og sosialfag med tilhørende master- og doktorgradsutdanninger samt forskningsfelt.

1. Finansiering av forskning:

RHF-ENES "SØRGE FOR" ROLLE TILKNYTTET FORSKNING

Det er i Lov om spesialisthelsetjenesten kp. 3 *Særskilte plikter og oppgaver* §3-8 pkt. 3 nedfelt at forskning er en av sykehusenes oppgaver. RHF-ene vil måtte "sørge for" at HF-ene utfører pålagte oppgaver. Nivået for pålagte forskningsoppgaver for helseforetakene er ikke klart definert. Magnussenutvalget påpeker bl.a. at "...det er ønskelig å opprettholde sterke medisinskfaglige forskningsmiljø, ...". Utover dette er det i svært liten grad nevnt konkrete forskningsområder. UHR vil imidlertid peke på at det er både ønskelig og viktig og både opprettholde og styrke helsefaglig forskning.

Med hensyn til finansiering av forskning foreslås det i utredningen

”...å endre forholdet mellom basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd for forskning fra 40/60 til 30/70. Utvalget har for øvrig i sine forslag ikke forholdt seg til størrelsen på bevilgning eller graden av kostnadsdekning i finansieringen av forskning og undervisning.”

Når det gjelder den aktivitetsbaserte finansieringen av forskning, er det både i media og andre steder vært trukket frem de mange ulemper ved en slik finansieringsmodell, kanskje særlig fokusert på mulig reduksjon i kvalitet til fordel for kvantitet. På den annen side er det naturligvis slik at innføringen av modellen baserte seg på en tro på at når høyere produksjon fører til økt betaling så vil dette også stimulere forskningsaktiviteten.

Kostnadskomponent relatert til forskningsarbeid

Det er store kostnadsvariasjoner mellom HF-er som driver utbredt forskningsarbeid kontra HF-er med mindre forskningsaktivitet, aktivitet som påvirker kostnadene ved pasientbehandling.

Deler av innstillingens tabell 9.1:

Tabell 9.1 Faktorer som påvirker kostnadsnivået i utvalgets analyser.

Variabel	Effekt på kostnadsnivå	Signifikant	Kommentar
Forskning	Øker med omfang	(Ja)	Kostnadsnivået øker med økt forskningsaktivitet. Forskningsaktiviteten er imidlertid svært konsentrert, og resultatet er avhengig av at de forskningstunge foretakene inkluderes i analysene.

I innstillingen vises det til flere studier med omfattende analysearbeid, der i bant studier foretatt av Kittelsen, Piro og Magnussen (2002), som viser at forskningsaktiviteten påvirker sykehusenes kostnader. Studiene viser at omfanget av forskning påvirker behandlingskostnadene i retning av høyere kostnader per DRG-poeng. Til tross for at utvalget mener at forskning påvirker behandlingskostnadene foreslås det ingen særskilt kompensasjon for disse merkostnadene.

Kostnadsstrukturen til universitetssykehusene er en helt annen enn for øvrige sykehus. For å drive forskningsarbeid kreves større helsepersonellbemanning, sekretærbistand, it-assistanse med mer. Større arealbruk er gjerne nødvendig for å drive forskningsarbeid, eksempelvis spesielle undersøkelses- og laboratorierom.

Som oftest benyttes dyre medikamenter ved forskningsutprøving. I tillegg er behovet for nyere og ofte mer spesialisert vitenskapelig utstyr større ved forskningsintensive sykehus med dertil dyre investeringskostnader. Dette er ekstra kostnadsdrivere som sykehus med lavere forskningsaktivitet i mindre grad har.

Forskningsarbeid fordrer som oftest særskilt pasienthandling med spesiell prøvetaking og undersøkelser. Arbeidet krever gjerne lengre behandlingstid med oppfølging og etterbehandling enn for øvrig spesialisthelsetjenestepasienter. Klinisk forskningsarbeid som en del av pasientbehandlingen, vil i all hovedsak gi lavere ISF og poliklinikkrefusjon, grunnet lengre sykehusopphold og begrensninger i regelverket for inndragning av egenandel og godtgjøring for poliklinisk arbeid.

Utvalget erkjenner at en ikke har kommet langt nok i arbeidet med å synliggjøre kostnadsforskjellene mellom RHF-ene, med anbefaling om at det initieres et oppfølgingsarbeid. UHR støtter dette.

UHR mener kostnadsvariasjonene relatert til forskning bør korrigeres med en egen kostnadskomponent tilsvarende som for pasientbehandling med DRG. Arbeidet med kartlegging av HF-enes kostnader relatert til forskningsaktivitet bør intensiveres slik at kostnadskomponenten etableres før det innføres ny inntektsmodell for RHF-ene.

2. Finansiering av utdanning

Som nevnt ovenfor har utvalget "*...i sine forslag ikke forholdt seg til størrelsen på bevilgning eller graden av kostnadsdekning i finansieringen av forskning og undervisning.*" Sykehusenes bidrag til undervisning består i all hovedsak av å tilby veiledede praksisstudier samt demonstrasjoner, øvelser og en viss forelesningsvirksomhet. Med en belastning på over 6000 studenter pr år sier det seg selv at saken har økonomiske konsekvenser. Vi mener derfor det er beklagelig at utredningen ikke har gått nærmere inn på verken kostnadsdekning eller finansiering av helsetjenestens ansvar for utdanning.

Finansieringen av praksisstudier kan bl.a. sees i lys av følgende elementer:

1. Studenten som kostnadsfaktor
2. Studenten som bidragsyter til tjenesteproduksjonen
3. Veiledning fra stedlig yrkesutøver
4. Veiledning fra utdanningsinstitusjon
5. Finansiering via Helse- og omsorgsdepartementets grunnbevilgning til helseforetakene
6. Økonomiske ressurser via utdanningsinstitusjonene
7. Veilederens uttrykte opplevelse av at studenters aktive tilstedeværelse bidrar til økt refleksjon over egen (veilederens) yrkesutførelse.

Vi oppfatter at utvalget primært har fokusert på punkt 5. Dette punktet kan imidlertid ikke sees isolert ettersom flere faktorer vil påvirke en kostnadsberegning.

Spesialisthelsetjenesten har bl.a. utdanning som et av sine formål. Ansvar for å tilby praksisplasser er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesters § 3-5 *Om deltakelse i undervisning og opplæring* i første ledd hvor det står at "*De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.*" I henhold til brev fra det daværende Utdannings- og forskningsdepartementet datert 22.12.05 til statlige og private høyskoler med helse- og sosialfagutdanninger slås det fast at "Finansieringen av helseforetakenes utdanningsoppgaver inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene." Fra og med 2006 ble det ørmerkede utdanningstilskuddet for medisinerstudentene fjernet og lagt inn i rammen til helseforetakene. I henhold til ovennevnte brev heter det at "I statsbudsjettet for 2006 (St.prp. nr. 1 (2005-2006), jf. Inst. S. nr. 11 (2005-2006) ble *Tilskudd til utdanning*", for å sikre likartet praksisfinansiering for studenter fra høyskoler og universitet, overført til de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Tilskuddet utgjør 491,8 mill kroner i 2006."¹ Dette innebærer etter vår oppfatning fortsatt en vesentlig forskjell i finansieringen av praksisstudiene for henholdsvis medisinerstudenter og øvrige helse- og sosialfagstudenter. Dette begrunnes med at det fortsatt er mulig å regne ut og

¹ Sjekk om brevet fra KD 22.12.05 inneholder dette momentet

identifisere størrelsen på det tidligere tilskuddet til medisinerutdanning, mens det ikke foreligger omforente kalkyler med tanke på utdanningstilskudd for andre studentgrupper. I dialog med helseforetakene får vi opplyst at utdanningsoppgavene er underfinansiert i sykehusene. En stabil og identifiserbar finansiering vil muliggjøre systematiske og kvalitetssikrede praksisstudier for helsepersonellgruppene.

UHR er kjent med at representanter for ulike helseforetak mener at finansieringen av studenters praksisstudier er uklar i og med at pengene til formålet ligger i grunnbevilgningen til de regionale helseforetakene, noe som medfører at en ikke vet hvor mange studenter det skal budsjetteres med.

Våre fagmiljøer støtter helseforetakenes ønske om en ordning med øremerking av midlene som skal benyttes til veiledning av studenter. For at dette skal være effektivt og å ha den ønskede effekt – å sikre et bestemt antall praksisplasser – er det en forutsetning å kunne foreta en kostnadsberegning. Når det gjelder utdanning mener vi at finansiering bør være aktivitetsbasert. Dette vil gi sykehusene tilskudd i forhold til det omfang av utdanningsoppgaver som de til enhver tid pålegges. Det er ikke viktig at det blir helt korrekte beløp, men at hovedparten av kostnadene knyttet til praksisstudier godtgjøres.

Antallet studenter vil være mulig å identifisere ned på flere nivåer. Studenttallet er i første omgang fastsatt i HODs bestillerdokument til helseforetakene, deretter gjennom samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonene og lokale helseforetak. Historiske data vil dessuten klargjøre både antall og type studenter som har gjennomført praksisstudier. Dette bør kunne bidra til å fordele øremerkede midler på en relativt enkel måte.

Det er gjort økonomiske beregninger som er gode nok til å være retningsgivende for å fordele midler i forbindelse med praksisstudier. Slike beregninger vil kunne variere noe avhengig av type utdanning. Vi mener derfor det er viktig at det settes opp en kalkyle for hver enkelt utdanning. Alternativt kan en gjennomsnittsberegning benyttes for å komme frem til et fast tilskudd pr student pr uke.

I Helse Midt-Norge er det lagt ned et stort arbeid i å beregne kostnader forbundet med veiledning av studenter fra bachelornivået i sykehus. Helseforetaket utarbeidet i 2004 en modell for kostnadsberegning. Modellen viser at det er mulig å finne metoder for slike kalkyler. Modellen inneholder seks variabler, herunder både fast og variable kostnader. Lønnsutgifter er naturlig nok den mest kostnadskrevende variabelen.

Den mest kompliserte delen og som ikke er tatt med i regnestykket ovenfor er den merverdi studentene representerer. Jo mer erfaren studenten er, desto mer vil han/hun også bidra til tjensteproduksjonen. Dette problematiseres bl.a. av Piro (2004)². Han hevder at kostnader forbundet med studentveiledning overskrider verdien av arbeidsinnsatsen studenten bidrar med (s. 106). Ettersom modellen som ble nevnt ovenfor kun fokuserer på utgiftssiden er den ikke et uttrykk for totalbildet av situasjonen.

Helseforetakene bidrar også til utdanning av psykologer. Situasjonen for denne gruppen er slik at det er en seksårig integrert profesjonsutdanning med omfattende praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet skal helseforetakene motta finansiering for denne

² Piro, F.N.: Påvirker forsknings- og undervisningsinnsatsen kostnadseffektiviteten ved norske sykehus?

Analyse av paneldata 1999-2001. Universitetet i Oslo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Frischsenteret og HERO. Skriftserie 2004: 4. http://www.hero.uio.no/publicat/2004/HERO2004_4.pdf

studentgruppen i sine basisbevilgninger. For profesjonsutdanningene i psykologi er praksisundervisning en av de bærende søyler for hele utdanningsprogrammet, men den er kostnadskrevende langt utover de inntektsrammer psykologinstituttene får. Betydelige deler av praksiskostnadene finansieres videre i dag over Kunnskapsdepartementets budsjett, bl.a. ved at lærestedene betaler for veiledning ytt gjennom helseforetak.

UHR anbefaler at det igangsettes et eget prosjekt med sikte på måle ressursbruk til utdanning/undervisning i helseforetakene. Vi anbefaler også at det gis en nærmere presisering av helseforetakenes forpliktelser og kvalitets- sikringssystemer knyttet til den undervisningen som helseforetakene i henhold til loven skal ivareta og legge til rette for. Et slikt prosjekt bør bl.a. gi som resultat at midlene til utdanning som ligger i basisbevilgningen til helseforetakene øremerkes og forankres i samarbeidsorganene mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetakene.

Andre merknader

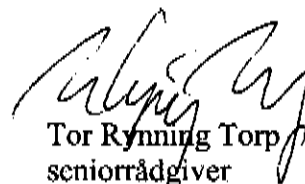
Det odontologiske fagområdet

Odontologisk utdanning og forskning er ikke nevnt i høringsdokumentet. Årsaken til det er trolig at tannhelsetjenesten er organisert utenfor de regionale helseforetakene, samt at praksisplassene for profesjonsutdanningene på tannhelsefeltet organiseres av universitetene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det eksisterer likevel et samarbeid mellom profesjonsutdanningene i odontologi og de ulike helseforetakene når det gjelder praksisplasser innenfor de medisinske fagdisiplinene i forhold til grunnutdanning og spesialistutdanning om enn i noe mindre omfang. I en tid der man tilstreber mer integrering av oral helse og helse for øvrig, representerer dette noen utfordringer ved at tannhelse og munnhulesykdommer er organisert med en annen lovgivning, andre rettighetskriterier og på et annet forvaltningsnivå enn den øvrige helsetjenesten. Problemstillingene er imidlertid de samme, og man vil derfor oppfordre departementet til å vurdere tiltak for finansiering av odontologisk forskning og klinisk utdanning av tannhelsepersonell på lik linje med det som foreslås for de andre helsefagene.

Vennlig hilsen



Ola Stave
generalsekretær



Tor Rynning Torp
seniorrådgiver