

Det Kongelige Helsedepartement  
V/Helga Festøy  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Helsedepartementet	
Saksnr.: 200401252	Dok.nr.: 22
Arkivkode: 546.5	Journ.dato 230604
Avd.: HOS	Saksbeh.: HEF
U.off.:	

Vår referanse  
04/225 - 3363/04 / ESO  
352

Deres referanse

Dato  
22.06.2004

**Vedr: Høring-endring av FOR 2000-12-01 nr 1389 og FOR 2003-06-27 nr 959.**

Viser til Deres brev av 30.03.2004 vedr ovennevnte. Pga sykdom ble det meddelt Øystein Sand på tlf at vårt svar ville bli noe forsinket.

Ved en halvering av refusjonstakstene fra RTV vil det i følge sykehusene knapt være en analyse igjen som vil utføres med "fortjeneste". Dette gir laboratoriene langt mindre grad av frihet til å velge sitt repertoar. All virksomhet vil så godt som alltid gi netto utgifter for laboratoriet, og all ny virksomhet vil derfor kreves finansiert, enten gjennom økning av rammetilskuddet, eller ved at annen aktivitet legges ned. Omleggingen fra stykkpris-finansiering til rammefinansiering er uheldig og vil svekke produktivitetsveksten innenfor laboratorievirksomheten.

Innenfor dagens system for betaling kan vi ikke se at den foreslåtte endringen vil ha en regulerende effekt i forhold til å bremse det stadig stigende forbruket av laboratorie- og røntgenundersøkelser. Bakgrunnen for dette er at kjøp av tjenester genereres av den enkelte rekvirent, tjenestene utføres der rekvirenten finner det hensiktsmessig, mens helseforetaket betaler. Selv om det er gjennomført regulering av betalingsplikt til private lab og røntgenaktiviteter, er det ikke samme krav om avtaler i forhold til offentlige laboratorier og røntgenavdelinger. Spesialisthelsetjenesten har ingen styringsrett eller mulighet i forhold til hva de privatpraktiserende rekvirerer av tjenester. Når det gjelder laboratorie undersøkelser er dette særlig merkbart i forhold til kostnader knyttet til spesialanalyser utført ved regionssykehus/ spesiallaboratorier utenfor egen helseregion. Sluttregningen betales av det enkelte helseforetak.

Et minus ved dagens takstabell er at det ikke gis noe honorar for prøvetaking og prøveadministrasjon. Det kunne være en basisrefusjon ved hver rekvirering, for det er dette som krever ressurser og som utgjør en vesentlig del av kostnadene. Det bør legges til rette for bruk av reelle kostnadsdekkende priser både innenfor lab og røntgen. Med konkurranse på tvers av offentlig og privat sektor, er det nødvendig å se på grunnlaget for prisfastsetting av analyser. Sykehusene ivaretar i større grad enn de private laboratoriene funksjoner som FoU, opplæring og vaktberedskap. Kostnader knyttet til disse funksjonene må dekkes særskilt dersom konkurransen skal være reell.

Det etterlyses incitamentter til innovasjon innen laboratorievirksomheten og til å ta i bruk nye, bedre og mer rasjonelle analyser.

Når det gjelder det nye aktivitetstilskuddet som skal erstatte dagens takstinntekter, så ønsker vi å problematisere begrepet aktivitet. Hvilken aktivitet skal måles? Er det rimelig bare å måle poliklinisk aktivitet, når hovedtyngden av avdelingenes diagnostiske arbeid kommer fra inneliggende pasienter? Hvordan skal aktiviteten måles? Det er et kontinuerlig økt krav til presisjon i diagnostikken, spesielt innenfor kreftdiagnostikk, og enkelte prøver er mer ikke arbeidskrevende i forhold til andre. Dette reflekteres i liten grad i dagens takster. Beregningsgrunnlaget for tilskudd til de enkelte laboratorier, både rammetilskudd og aktivitetstilskudd må være så korrekt som mulig.

Departementet planlegger i følge høringsnotatet å øke basisbevilgningene til de regionale helseforetakene tilsvarende reduksjonen i takstene. For at foretakene skal bli satt i økonomisk stand til å reforhandle avtaler så må man ikke bare basere seg på 2003 tall men også kompensere for veksten i 2004 og for forventet vekst i 2005.

Det blir viktig så raskt som mulig å få klarhet i hvilke volum som skal legges til grunn for innkjøp fra private aktører. Dette vil danne grunnlag for anbudsinnbydelsen som må gå ut etter ferien. Kvalitetskravene må også være på plass i en utlysningstekst.

**Sørlandet sykehus HF har merknader til konkrete takster-laboratoriene:**

-HBA1c bør flyttes til høyere takst (707b til 707c) pga høye analysekostnader, også med automatiserte metoder.

-Takster for pasientnær analysering og tørrkjemi bør være de samme for sykehus som primærhelsetjenesten, i hvert fall for glucose og HBA1c i egne poloklinikker.

**Sykehuset Telemark** etterlyser svar på brev datert 03.02.2003 fra Helse Sør til Helsedepartementet angående takster ved bruk av mammutomutstyr.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør RHF

3

  
for Bjørn Erikstein  
Viseadministrerende direktør

  
Ellen Sofie Øvrum  
Rådgiver