

Styresak

Går til:	Styremedlemmer	
Selskap:	Helse Vest RHF	
Styremøte:	26.06.03	
Styresak nr:	067/03 O	
Dato skrevet:	25.06.03	Saksbehandler: HNI
Vedrørende:	Revidert styringsdokument 2003	

Bakgrunn:

Helse Vest RHF har 25.06.03 mottatt følgende revidert styringsdokument 2003 fra Departementet:

Revidert styringsdokument 2003 – styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst

Det vises til Helsedepartementets styringsdokument datert 31.12.2002. Dette reviderte dokumentet er begrenset til driftsbudsjettet for de regionale helseforetak (RHF), jf. kap. 1 i styringsdokumentet. Det fokuseres på bevilgningene til pasientbehandling dvs. kap. 732.76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus og kap.732.77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. og premissene knyttet til disse. For andre forhold ifm. behandlingen av RNB som har betydning for regionale helseforetak og helseforetak vises det til St.prp.nr.65 (2002-2003) og Innst.S.nr.260 (2002-2003).

Om St.prp.nr.65 (2002-2003), jf. Innst.S.nr 260 (2002-2003)

Kap. 732.76 Innsatsstyrt finansiering

Stortinget har i forbindelse med behandling av St.prp.nr.65 (2002-2003), jf. Innst.S.nr. 260 (2002-2003) sluttet seg til regjeringens forslag om å øke bevilgningen til Innsatsstyrt finansiering av sykehus med totalt 300 mill. kroner, hvorav 150 mill. kroner er knyttet til økt aktivitet i 2002 og 150 mill. kroner til videreføring av dette høyere aktivitetsnivået i 2003. Dette innebærer at regionale helseforetak får betalt for den høyere aktivitet i 2002 utover det som er lagt til grunn i budsjettet for 2002.

I budsjettet for 2003 er ISF-bevilgningen fastsatt med utgangspunkt i at aktiviteten skal kunne være på samme reelle nivå som i 2002. Stortingets tilslutning til regjeringens forslag, jf. Innst.S.nr.260, innebærer at forutsetningen opprettholdes. De regionale helseforetakene skal styre sitt aktivitetsnivå inn mot denne forutsetningen.

Det forventes at RHF-ene tar et aktivt grep for å sikre at aktiviteten styres mot de måltallene som Stortinget har lagt til grunn i budsjettet for 2003. Dette innebærer et aktivitetsnivå i 2003 på samme reelle nivå som i 2002. Denne vekstforutsetningen innebærer omregnet til antall DRG-poeng en vekst fra 2002 til 2003 på 1 pst., jf. brev av 15. mai 2003. De regionale

helseforetakene har selv ansvar for å styre mot et nivå på den ISF-finansierte aktiviteten målt i DRG-poeng som er tilpasset dette styringskravet.¹

Stortinget har også sluttet seg til at endelig beslutning om eventuelle merutbetalinger til det enkelte regionale helseforetak for den uforutsette høyere indeksveksten skal avvendes til etter at avregningsutvalget har gått gjennom oppgjøret for 2002 og at enhetsprisen i 2003 fastsettes i ettertid når den faktiske indeksveksten er kjent, dvs. i forbindelse med årsoppgjøret for 2003. Departementet vil i denne sammenheng vise til at det siden innføring av ISF-finansieringen av sykehus i 1997 har vært en forutsetning at endret registrering av samme behandling ikke skal gi økonomisk uttelling. ISF-ordningen ble innført på et tidspunkt da registreringene var mangelfulle, som følge av at det frem til da ikke hadde vært økonomiske insentiver knyttet til å dokumentere behandlingen i henhold til diagnose- og prosedyrekodeverkene som DRG-systemet og ISF bygger på. Mer komplett registrering av pasientbehandlingen er viktig bl.a. for å sikre at det blir et mest mulig korrekt utbetalingsgrunnlag til de regionale helseforetakene, for å gi et godt grunnlag for god styringsinformasjon når pengene skal fordeles fra de regionale helseforetakene og ikke minst i forhold til medisinsk statistikk.

Mer komplett registrering skal imidlertid ikke medføre økte utbetalinger gjennom ISF-ordningen for reelt sett samme aktivitet. For å unngå en slik utilsiktet effekt, ble det ved innføring av ISF i 1997 frem til 2002 satt et tak for årlig endring i DRG-indeksen som ville gi høyere ISF-utbetaling. Fra og med 2002 ble ordningen med kryptak erstattet med et opplegg hvor antatt registreringsendring ble trukket inn gjennom å redusere enhetsprisen, slik dette er referert i St.prp.nr.1 (2002-2003) og ifm. RNB 2003.

Det vil ikke bli utbetalt midler knyttet til registreringsendringer og regionale helseforetak kan ikke foreta inntektsberegninger eller marginalbetraktninger som inkluderer inntekter knyttet til registreringsendringer.

Kap. 732.77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus

I St.prp.nr.65 (2002-2003) vises det til at det har vært en kraftig og uforutsigbar vekst i utbetalingene til poliklinikk og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Det ble i 2002 utbetalt 3 888 mill. kroner over denne posten og i St.prp.nr.1 (2002-2003) ble det lagt til grunn en forutsetning at poliklinisk aktivitet skulle reduseres med 1,5 pst. fra 2003 til 2002. Tall fra de tre første månedene i 2003 indikerer imidlertid en vekst på 11 pst. over samme periode i 2002. Det ble i St.prp.nr.65 (2002-2003) understreket at denne veksten må begrenses slik at også denne type tjenesteyting inngår i den overordnede prioriteringen av ressurser til helsetjenesten. Departementet gjennomfører ekstraordinære kontrolltiltak for tilskuddene til poliklinikk og privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet. Disse kontrolltiltakene vil også avgjøre om og i så fall hvilke type virkemidler som vil bli tatt i bruk for å begrense veksten i utgiftene, for eksempel reduksjon i takstene.

¹ Denne økningen i antall DRG-poeng framkommer på følgende måte:

- Det er forventet 2 pst. økning i antall DRG-poeng for heldøgnsopphold og dagopphold grunnet registreringsendring. For at dette ikke skal medføre økte utbetalinger er enhetsprisen satt ned 2 prosentenheter.
- Aktivitetsnivået målt i antall DRG-poeng i 2002 skal i 2003 justeres ned med 1 pst. for endringer i antall DRG-poeng fra 2002 til 2003 for hjertekirurgi, jf. prislisen for Innsatsstyrt finansiering 2003.

Samlet sett innebærer dette at RHF skal styre mot et aktivitetsnivå i 2003 målt i antall DRG-poeng som ligger 1 pst. over aktivitetsnivået for 2002 slik dette er formidlet i brev av 15.05.2003.

Premissene for de aktivitetsbaserte tilskuddene til pasientbehandling

Både tilskuddet til Innsatsstyrt finansiering og tilskuddet til poliklinisk behandling i sykehus er såkalte overslagsbevilgninger. RHF-ene får sine ressurser som en blanding av basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd. Kostnadskontrollen er forutsatt ivaretatt ved at tilskuddene som gjennomsnitt ikke dekker marginalkostnadene og at basisbevilgningen dermed er styrende for aktiviteten. Gitt denne forutsetning har det vært åpnet for at RHF-ene kan øke aktiviteten ut over opprinnelig måltall så lenge basisbevilgningen ikke overskrides.

Utviklingen hittil i 2003 gir indikasjoner på en vesentlig høyere vekst enn forutsatt. Dette i kombinasjon med fortsatt betydelige underskudd/omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene gjør at det i denne situasjonen er nødvendig for departementet å gi supplerende styringssignaler knyttet til premissene for de aktivitetsbaserte tilskuddene, jf. forutsetningene i St. prp. nr. 65 (2002-2003) hvor det er angitt;

”I budsjettet for 2003 er ISF-bevilgningen fastsatt med utgangspunkt i at aktiviteten skal kunne være på samme reelle nivå som i 2002. Regjeringen opprettholder denne forutsetningen, men for å kunne videreføre den høyere reelle aktiviteten i 2002 inn i 2003, foreslås bevilgningen til innsatsstyrt finansiering økt med 150 mill. kroner. Regjeringen understreker at de regionale helseforetakene skal innrette sitt aktivitetsnivå ut fra denne forutsetningen.”

Intensjonen i finansieringsordningene er at regionale helseforetak i sum ikke skal kunne redusere underskudd ved å øke aktiviteten. Departementet vil understreke at tilskuddene til ISF og poliklinikk ikke skal fungere som prioriteringssystem. Sykehusenes prioriteringer skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (blant annet prioriteringsforskriften) angir. Prioriteringene skal altså ikke styres ved at ressurser settes inn mot såkalte ”lønnsomme” pasienter.

Helsedepartementet vil nå understreke at regionale helseforetak i utgangspunktet har ansvaret for å styre mot de oppgitte måltallene og premissene knyttet til bevilgningene til ISF og poliklinisk aktivitet.

De regionale helseforetakene har etter departementets oppfatning gjort en svært god jobb med å redusere ventetider og ventelister ved sykehusene. Det er imidlertid viktig å sikre at denne sektoren ikke unndras de overordnede samfunnsmessige prioriteringene. Det skal derfor ikke styres mot et høyere aktivitetsnivå enn det som er lagt til grunn i budsjettene. De kraftige økningene i utbetalingene spesielt til poliklinisk virksomhet og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet legger betydelig press på disse aktivitetsbaserte finansieringsordningene.

Departementet anser at regionale helseforetak også har et visst ansvar for aktiviteten og volumet på private laboratorie- og røntgenvirksomhet ved å legge til rette for kontraktstyring innenfor rimelig aktivitetmessig ramme.

Departementet ber på denne bakgrunn RHF-ene ta et aktivt grep slik at aktiviteten styres mot de måltallene som er lagt til grunn i budsjettet for 2003. Dersom aktiviteten øker utover det som er forutsatt vil det bli nødvendig å sette i verk andre tiltak for å begrense denne veksten, for eksempel reduksjon av takstene, jf. St.prp.nr.65 (2002-2003). Det kan ikke påregnes at det vesentlig høyere inntektsnivået fra poliklinikktilskuddet i 2003 vil bli videreført i 2004-budsjettet.

Etter departementets oppfatning er det i denne situasjonen behov for å øke kunnskapen og forståelsen om intensjonene i finansieringsordningene og for å sikre en hensiktsmessig aktivitetsstyring i helseforetakene. Departementet innser at det er vanskelig å styre aktiviteten på sykehus mot et eksakt måltall. Dette gjelder spesielt i forhold til øyeblikkelig hjelp. Det vil alltid være en viss usikkerhet knyttet til fremtidige behov for helsetjenester og den økonomiske usikkerheten forsterkes av fritt sykehusvalg og pasientene rett til behandling. Det skal pekes på at i de vurderinger som må foretas må det også være årvåkenhet overfor at et ensidig fokus på ikke å overskride aktivitetsmålet, spesielt i en situasjon hvor tilpasningene må skje raskt, vil kunne gi konsekvenser for tjenestetilbudet som ikke er i hht. de regionale helseforetakenes ”sørge for”- ansvar, jf at det også er etablert system med overslagsbevilgning. Risikodeling mellom staten og RHF-ene knyttet til noe høyere aktivitet enn det som er lagt til grunn i budsjettene er derfor et viktig rasjonale bak de aktivitetsbaserte ordningene.

Opprettelse av gruppe for finansiering av pasientbehandling

Helsedepartementet ønsker med bakgrunn i ovenstående å etablere en dialog med RHF-ene med sikte på å etablere et styringsregime som både kan bidra til å ivareta kravet til kostnadskontroll samtidig som en sikrer at RHF-enes ”sørge for”- ansvar kan ivaretas på en tilfredsstillende måte. Det foreslås derfor å opprette en gruppe for å sikre en løpende dialog mellom departementet og RHF-ene med utgangspunkt i de styringssignaler som her er gitt. Gruppen vil bli ledet av ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine.

Med hilsen

Vidar Oma Steine e.f.
ekspedisjonssjef

Atle Brynstad
direktør

Kopi:
Riksrevisjonen
Finansdepartementet

Forslag til vedtak:

Revidert styringsdokument tas til orientering