

Norges offentlige utredninger
NOU 2008: 2

Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

**Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 22. desember 2006.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 10. januar 2008.**

Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning
OSLO 2008

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Regjeringen oppnevnte ved kongelig resolusjon 22. desember 2006 et utvalg som skal komme med forslag til nytt inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak.

Utvalget avgir med dette sin utredning.

Oslo 10. januar 2008

Jon Magnussen
leder

Anne Sissel Faugstad
Ola Mørkved Rinnan
Trond Bjørnenak
Anne Wenche Emblem
Tore Robertsen

Beate Stang Aas
Jan Erik Askildsen
Helge Bryne
Terje P. Hagen

Ingerid Gunnerød
Trine Magnus
Fredrik Carlsen
Anne Karin Lindahl

Jorid Kalseth
Solveig Ose
Halfdan Brandtzæg
Tone Hobæk

Innhold

INNHold	5
1. OPPNEVNING, MANDAT OG ARBEID	9
1.1 Oppnevning av utvalget	9
1.2 Mandat	9
1.3 Utvalgets tolkning av mandatet	11
1.4 Utvalgets arbeid	12
2. SAMMENDRAG	13
2.1 Regionale helseforetaks oppgaver og finansieringssystem. Inntektssystemer i andre land	13
2.2 Behovs- og kostnadsanalyser	15
2.3 Utvalgets forslag til ny ressursbehovsindeks	22
3. REGIONALE HELSEFORETAKS OPPGAVER, INNTEKTER OG FINANSIERINGSSYSTEM	25
3.1 Regionale helseforetaks oppgaver	25
3.2 Regionale helseforetaks inntekter og finansieringssystem	26
3.3 Oppsummering	30
4. INNTEKTSFORDELINGSSYSTEM FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN FRA 1986-2008	31
4.1 Innledning	31
4.2 Inntektssystemet for fylkeskommunene fra 1986 til 2001	32
4.3 Inntektene til regionale helseforetak fra 2002 til 2004	33
4.4 Inntektssystemet for regionale helseforetak fra 2005 til 2008	34
4.5 Utvalgets vurdering av dagens inntektsfordelingssystem	41
5. INNTEKTSSYSTEMER I ENKELTE ANDRE LAND	45
5.1 Innledning	45

5.2 Sverige	45
5.3 Danmark	47
5.4 Storbritannia	48
5.4.1 England	49
5.4.2 Skottland	50
5.5 Utvalgets oppsummering og vurdering	51
6. MÅL, PRINSIPPER OG METODER FOR UTFORMING AV INNTEKTSSYSTEMET	55
6.1 Målet for inntektssystemet	55
6.2 Utvalgets tilnærming	56
6.2.1 Om analyser av behov for helsetjenester	56
6.3 Metoder for å fange opp relative forskjeller i behov for helsetjenester	58
6.3.1 Behov, forbruk og analytisk tilnærming	58
6.3.2 Ulike metodiske tilnærminger	61
6.3.3 Prinsipper for valg av kriterier og deres betydning i behovsanalysene	65
6.4 Metoder for behandling av kostnadsforskjeller	68
6.4.1 Analytisk tilnærming	68
6.4.2 Prinsipper for valg av kriterier for kostnadskompensasjon og deres betydning i kostnadsanalysene	68
6.5 De regionale helseforetakenes muligheter til å påvirke inntektsfordelingen	69
6.6 Begreper: Kostnadsnøkkel og ressursbehovsindeks	69
7. UTVALGETS BEHANDLING AV INNTEKTER TIL KAPITAL	73
7.1 Innledning	73
7.2 Fordeling av inntekter til å dekke avskrivninger etter sykehusreformen	73
7.3 Om kapitalkostnader	75
7.3.1 Avskrivninger og renter	75
7.3.2 Særtrekk ved kapital	76
7.4 Normbasert eller kriteriebasert fordeling av inntektene til kapital	76
7.5 Utvalgets vurderinger	77
7.6 Innsatsstyrt finansiering og kapital	78
8. ANALYSER AV BEHOV	81
8.1 Somatikk	81

8.1.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste	81
8.1.2 Nærmere om somatiske tjenester i de regionale helseforetakene	82
8.1.3 Forholdet mellom behov og forbruk	89
8.1.4 Forhold som påvirker befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester	90
8.1.5 Analyser og resultater	93
8.1.6 Utvalgets vurdering og forslag til ny behovsnøkkel for somatikk	98
8.2 Psykisk helsevern	105
8.2.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor psykisk helsevern	105
8.2.2 Nærmere om psykisk helsevern i de regionale foretakene	106
8.2.3 Forhold som påvirker befolkningens bruk av tjenester innenfor psykisk helsevern	107
8.2.4 Analyser og resultater	109
8.2.5 Utvalgets vurderinger og forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern	113
8.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	117
8.3.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling	117
8.3.2 Nærmere om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i de regionale foretakene	118
8.3.3 Forhold som påvirker kostnadene i rusbehandlingen	118
8.3.4 Analyser og resultater	120
8.3.5 Utvalgets vurderinger og forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	121
8.4 Prehospitale tjenester og pasienttransport	124
8.4.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk på prehospitale tjenester og pasienttransport	124
8.4.2 Nærmere om prehospitale tjenester og pasienttransport i de regionale foretakene	125
8.4.3 Forhold som påvirker kostnadene til prehospitale tjenester	128
8.4.4 Analyser og resultater	129
8.4.5 Utvalgets vurdering og forslag til kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester	136
9. BEHANDLING AV KOSTNADSFORSKJELLER MELLOM HELSEFORETAKENE	141
9.1 Hvorfor kompensere for kostnadsforskjeller?	141
9.2 Tidligere analyser	141
9.2.1 NOU 2003:1	141
9.2.2 Regionale analyser	142
9.3. Utvalgets analyser	142
9.3.1 Forhold som påvirker kostnadene	142
9.3.2 Utvalgets vurderinger	146
9.4 Nærmere om stordriftsfordeler ved sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør	149
9.4.1 Utvalgets forståelse av stordriftsfordeler	149

9.4.2 Sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør	150
9.4.3 Utvalgets vurderinger	150
10. FORSKNING, UTDANNING OG NASJONALE KOMPETANSESENTRER	151
10.1 Forskning	151
10.1.1 De regionale helseforetakenes bruk av ressurser til forskning	151
10.1.2 Utvalgets vurderinger	153
10.2 Utdanning	154
10.2.1 Omfanget av utdanningsaktiviteten	155
10.2.2 Utvalgets vurderinger	157
10.3 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten og høyspesialisert medisin	158
10.3.1 Problemstillingen	158
10.3.2 Hagen-utvalgets vurderinger	158
10.3.3 Utvikling høyspesialisert pasientbehandling siden 2004	159
10.3.4 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten	160
10.3.5 Utvalgets vurderinger	160
11. UTVALGETS FORSLAG TIL INNTEKTSFORDELINGSMODELL	163
11.1 Innledning	163
11.2 Behovsindeks og behovsnøkler	163
11.2.1 Somatiske tjenester	163
11.2.2 Psykisk helsevern	164
11.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	165
11.2.4 Prehospitale tjenester	166
11.3 Kostnadsindeks	166
11.4 Samlet vurdering	167
11.4.1 Samlet ressursbehov for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	167
11.4.2 Særskilt behandling av tilskudd til kapital	168
11.4.3 Omfordelingseffekter	169
11.5 Betalingsordninger mellom de regionale helseforetakene	170
11.6 Forskning og utdanning	171
11.7 Overgangsordninger	171
12. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	173
LITTERATURLISTE	175
VEDLEGG	179

1. Oppnevning, mandat og arbeid

1.1 Oppnevning av utvalget

Regjeringen varslet i budsjettforslaget for 2007, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007), at den ville sette ned et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak.

Dagens system for fordeling av inntekter fra staten til de regionale helseforetak ble tatt i bruk i 2005, jf. Stortingets behandling av St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. Systemet er dels basert på Hagen-utvalgets forslag i NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten* og dels basert på historisk inntektsfordeling før sykehusreformen. Systemet ble innført med en overgangsperiode som ble avsluttet i 2007. Bakgrunnen for oppnevningen av utvalget er at de regionale helseforetak har blitt tilført nye store oppgaver siden gjennomgangen i NOU 2003:1. Det ble også varslet i St.meld. nr. 5 (2003-2004) at vektleggingen mellom tidligere inntektsfordeling og kostnadsnøkler ville bli vurdert på nytt etter utløpet av overgangsperioden.

Ved kongelig resolusjon av 22. desember 2006 nedsatte regjeringen et utvalg med følgende sammensetning:

- Professor Jon Magnussen, leder, Trondheim
- Viseadministrerende direktør Anne Sissel Faugstad, Bergen
- Regiondirektør Beate Stang Aas, Tromsø
- Rådgiver Ingerid Gunnerød, Skaun
- Konsernsjef Ola Mørkved Rinnan, Hamar
- Professor Jan Erik Askildsen, Bergen
- Sjef kliniske avdelinger Trine Magnus, Tromsø
- Professor Trond Bjørnenak, Grimstad
- Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Stavanger
- Førsteamanuensis Fredrik Carlsen, Trondheim
- Førsteamanuensis Anne Wenche Emblem, Kristiansand
- Professor Terje P. Hagen, Bærum
- Fagdirektør Anne Karin Lindahl, Oslo
- Direktør eierstyring Tore Robertsen, Ringsaker

Fredrik Carlsen ble professor etter utvalgets oppnevning. Utvalgets sekretariat har bestått av forskningssjef Jorid Kalseth og seniorforsker Solveig Ose, begge utleid fra SINTEF Helse, og seniorrådgiver Halfdan Brandtzæg og seniorrådgiver Tone Hobæk, begge fra Helse- og omsorgsdepartementet.

1.2 Mandat

Utvalget ble gitt følgende mandat:

”Regjeringens mål er at alle skal ha god tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Brukerne av helsetjenester skal bli tilbudt gode tjenester til lavest mulig kostnad.

Regionale helseforetak har et ”sørge for”- ansvar for innbyggerne i sin region. Utvalget skal legge til grunn at dagens finansieringsmodell med en basisbevilgning og aktivitetsavhengige tilskudd (Innsatsstyrt finansiering mv.) av de regionale helseforetakene videreføres. Basisbevilgningen fordeles mellom de fem regionale helseforetak etter et inntektsfordelingssystem presentert i St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), som ble tatt i bruk i 2005.

Det nedsettes et utvalg som får i oppgave å vurdere dagens inntektsfordeling av basisbevilgningen mellom de fem regionale helseforetak. Utvalget må legge til grunn at finansieringssystemet mellom staten og de regionale helseforetak er en separat beslutning, og at regionale helseforetaks finansiering av underliggende helseforetak er en annen.

Utvalgets oppgave:

Utvalget skal foreta en bred faglig gjennomgang av fordelingsmekanismene i dagens inntektsfordelingssystem med sikte på å komme fram til et mest mulig enkelt og rettferdig system. Utvalget skal foreslå ett eller flere forslag til nytt system. Forslagene skal basere seg på gjeldende ramme for regionale helseforetak. Det skal beregnes virkninger av forslagene på regionalt helseforetaksnivå. Det skal legges vekt på ny forskning og utredning, nye data og valg av metoder.

Utvalget skal foreta en ny faglig gjennomgang av dagens kostnadsnøkler for somatikk og psykiatri. Utvalget bør fortrinnsvis foreslå et opplegg med en kostnadsnøkkel i stedet for dagens to. Forslag til nytt inntektssystem må bli robust i forhold til framtidige oppgave- og strukturendringer. Utvalget må ta hensyn til variasjoner mellom regionale helseforetak når det gjelder høyspesialiserte tjenester og andre oppgaver som en region utfører på vegne av andre. Utvalget må også ta hensyn til strukturelle forhold som for eksempel bosettingsmønster og reisetid. Systemet må ta høyde for at kapitalkostnader ikke inngår i Innsatsstyrt finansiering.

Utdanning av helsepersonell og forskning er to av helseforetakenes lovpålagte oppgaver. Utvalget må ta hensyn til disse oppgavene ved vurdering av fordelingsmekanismene. Utvalget må ha kontakt med universitets- og høyskolesektoren under arbeidet.

I gjennomgangen må utvalget ta hensyn til endringer i oppgaveporteføljen til regionale helseforetak og andre strukturelle endringer siden forrige gjennomgang. Dette gjelder for eksempel rusbehandling, pasienttransport, opptreningsinstitusjoner, pasientskadeordningen og nasjonale kompetansesentre.

Forslag til nytt inntektssystem må være robust ved endringer i forholdet mellom basisbevilgningen og aktivitetsavhengige tilskudd, herunder endringer i ISF-andelen mv. Utvalget skal vurdere om trygderefusjoner til private avtalespesialister og privat laboratorie- og radiologivirksomhet påvirker det samlede inntektsgrunnlaget og om dette eventuelt bør tas hensyn til i en samlet omfordelingsvurdering.

Utvalget bes om å komme med et forslag til en betalingsordning mellom regionale helseforetak som er i tråd med forslaget til nytt inntektssystem.

Utvalget skal vurdere behovet for overgangsordninger, i tillegg til eventuelt utforming og lengde.

Utvalget skal vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av sitt forslag.

Helse- og omsorgsdepartementet vil eventuelt kunne supplere mandatet på et senere tidspunkt.

Utvalget skal levere sin innstilling innen utgangen av 2007.”

Utvalget har fått utvidet sitt mandat. Det vises til omtale i St.prp. nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet*. I forbindelse med regjeringens beslutning om å slå sammen Helse Øst RHF og Helse Sør RHF til Helse Sør-Øst RHF, har utvalget blitt bedt om å vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåingen, og ta hensyn til dette i sitt forslag til ny inntektsfordeling mellom helseregionene, som etter planen iverksettes fra 2009.

1.3 Utvalgets tolkning av mandatet

Det går fram av mandatet at utvalget skal foreta en bred faglig gjennomgang av inntektsfordelingssystemet for regionale helseforetak i lys av nye data, metoder og forskning. Videre sier mandatet at det må tas hensyn til nye oppgaver de regionale helseforetak er tilført siden forrige gjennomgang. Utvalget ser det som sin hovedoppgave å gi en fullstendig gjennomgang av dagens inntektssystem med konkrete forslag til forbedringer. Dette skal gjennomføres innenfor dagens rammer av bevilgningene til regionale helseforetak. Det siste innebærer at utvalget ikke ser det som sin oppgave å ha noen mening om det samlede inntektsnivået til regionale helseforetak.

Helseforetaksreformen innebærer bl.a. at sykehusene følger regnskapsloven, og dermed også utgiftsfører kostnader til kapital. Midler til å dekke avskrivninger tilføres de regionale helseforetakene fra staten som en del av basisbevilgningene. 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.

Utvalget viser til at Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF fra 1. juni 2007. Sammenslåingen innebærer at analyser av fordelingsvirkninger forenkles. For det første har en nå fire regionale helseforetak i stedet for fem. Videre har sammenslåingen ført til en reduksjon i omfanget av gjestepasientoppgjør mellom regionale helseforetak. Dette skyldes at pasientgrunnlaget for Rikshospitalet HF i større grad samsvarer med eier, dvs. Helse Sør-Øst RHF. Tidligere analyser av inntektsfordelingen måtte ta hensyn til at om lag 60 pst. av pasientene ved Rikshospitalet HF/Helse Sør RHF tilhørte Helse Øst RHF.

Problemstillingen i forhold til pasientskadeordningen, som er nevnt spesielt i mandatet, opphører i stor grad som følge av sammenslåingen til Helse Sør-Øst RHF. Dette skyldes at midler til pasientskadeordningen er fordelt mellom regionale helseforetak etter befolkning, mens kostnadene til ordningen for de regionale helseforetak i større grad følger aktivitet (pasientskadeutbetalinger). Problemstillingen gjenstår kun for de relativt få gjestepasientene en har mellom de fire nåværende regionale helseforetak.

1.4 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt 9 møter, det første 7. februar 2007 og det siste 17. desember 2007. Noen av møtene har vart over to dager.

Utvalget inviterte styreledere, administrerende direktører, økonomidirektører, konserntillitsvalgte og ledere for regionale brukerutvalg i de regionale helseforetak til et fellesmøte i juni 2007. Formålet med møtet var å informere de regionale helseforetakene om utvalgets mandat, hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvilke prinsipper som er lagt til grunn for arbeidet.

Utvalget har bedt de regionale helseforetakene om å opprette to arbeidsgrupper med en representant fra hver region som kan gi råd og innspill til analysene for rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Sekretariatet gjennomførte et møte med hver av de to arbeidsgruppene i september 2007.

Utvalgsleder Jon Magnussen har i brev av 23. oktober 2007 (vedlagt) til dekanene ved de medisinske fakulteter ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, NTNU og Universitetet i Tromsø bedt om innspill til utvalgets arbeid vedrørende fordeling av midler til utdanning og forskning. Likelydende brev er også sendt til Universitets- og høyskolerådet. Det vises til utvalgets mandat der det heter at "Utvalget må ha kontakt med universitets- og høyskolesektoren under arbeidet." Svar fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo av 14. november 2007 er vedlagt. Svar fra Universitets- og høyskolerådet av 7. desember 2007 er vedlagt.

Utvalgsleder Jon Magnussen har henvendt seg til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i en epost av 6. oktober 2007 (vedlagt) vedrørende dokumentasjon på forskjeller i behov for helsetjenester mellom geografiske områder som kan forklares av ulike klimavariabler. Svaret fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten av 25. oktober 2007 er vedlagt.

Det er gjennomført en rekke analyser og utredninger i forbindelse med utvalgets arbeid. Analyser av behov for somatiske tjenester er utført av Fredrik Carlsen med bistand fra SINTEF Helse. Analyser av behov for psykisk helsevern og rusbehandling er utført av sekretariatet. Analyser av prehospitale tjenester er utført av SINTEF Teknologi og samfunn. Analyser av kostnadsvariasjoner er utført av Jon Magnussen med bistand fra sekretariatet.

2. Sammendrag

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 kostnadsnøkkelen 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 fordelingssystem 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 variable, ulike indikatorer for helsetilstand og kompensasjon for kostnadsulemper. 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 kostnadsulemper 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 tilgjengelig, 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 typen av 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 helsetilstandsvariable, 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 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 tilkjenne 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 uføretrygdte, andel med rehabiliteringspenger, andel grunnskole, leveårsindeks (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.

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 uføretrygdte 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 uføretrygdte er forbundet med økt behov for psykisk helsetjenester og derfor skal inkluderes i behovsnøkkel for psykisk helsevern. Utvalget anbefaler at kriteriene som baseres på andel uføretrygdte 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 innvandrerkrateriet bidrar til å øke beregnet relativt behov for Helse Sør-Øst.

Som nevnt under behovsnøkkelen 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 uføretrygdete med psykiatrisk diagnose, andel grunnskole, andel barn som bor med en forelder, barnevernstiltak, andel uføretrygdete 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 nøkkelen. 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 uføretrygdete med psykiatrisk diagnose, andel sosialhjelpsmottakere og andel grunnskole har betydning for forbruket av rusbehandlingstjenester. Utvalget anbefaler at kriteriet andel uføretrygdete 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 uføretrygdete 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 prehospitale tjenester inkl. pasienttransport

Utvalget har gjennomført behovsanalyser på et område som tidligere ikke har vært analysert med tanke på inntektsfordeling – prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Analysene av prehospitale tjenester 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 prehospitale tjenester og pasienttransport.

Utvalget har vurdert ulike alternativer for hvordan prehospitale tjenester og pasienttransport tas inn i inntektssystemet. Utvalget har valgt en tilnærming basert på sammenheng mellom reiseavstand og samlede kostnader for prehospitale tjenester og pasienttransport. Ulike reisetidsvariabler og kombinasjoner av variabler er undersøkt. Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester inkl. pasienttransport inkluderer både gjennomsnittlig reiseavstand til akuttstusykehus og gjennomsnittlig reiseavstand til akuttstusykehus 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 usikre 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 kostnadsulemper 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 etterutdanningsaktiviteten 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

¹ Lands- og flerregionale funksjoner.

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.

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. 2². 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).

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

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.

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 prinsipper som over, men at det her tas utgangspunkt i en avtalt pris per ”naturlig aktivitetseenhet”. 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 ved de årlige vedtak av statsbudsjettet 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. Utvalget 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 siktemål 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 medisinsk-faglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling.

3. Regionale helseforetaks oppgaver, inntekter og finansieringssystem

3.1 Regionale helseforetaks oppgaver

Med sykehusreformen er regionale helseforetak fra 1. januar 2002 gitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen. De har dermed ansvar for at bevilgninger (ekskl. lån), som i 2008 beløper seg til om lag 83 mrd. kroner, brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for spesialisthelsetjenesten. Dette er markert i lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1a:

”De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehus tjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3,
6. transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.”

I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak et ansvar for at helseforetakene utfører utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8.

Regionale helseforetak eier helseforetak, dvs. offentlige sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. ”Sørge for”-ansvaret skal realiseres gjennom helsetjenester som leveres av helseforetak eller de private virksomheter som regionalt helseforetak har inngått avtale med. Regionale helseforetak skal håndtere rollene som ”sørge for”-ivaretaker og helseforetakseier på en ryddig måte.

Ansvarsområdene til de regionale helseforetakene kan kategoriseres på en rekke måter. Utvalgets analyser tar utgangspunkt i hovedområdene somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Tabell 3.1 gir en oversikt over kostnader til regionale helseforetak i 2006 fordelt etter disse områder. Det framgår at den somatiske delen er det største ansvarsområdet med en andel på to tredeler. Holder en avskrivingskostnadene utenfor, blir andelen 72 pst.

Tabell 3.1 Kostnader i regionale helseforetak. 2006. Mill. kroner.

	Beløp	Andel i pst.
Somatikk	53 382	67,1
Psykisk helsevern	13 217	16,6
Rusbehandling	2 120	2,7
Ambulanse	2 676	3,4
Pasienttransport	1 895	2,4
Annet	1 145	1,4
Avskrivninger	5 178	6,5
Samlede kostnader	79 614	100,0

Kilde: SINTEF Helse og regionale helseforetak/Helse- og omsorgsdepartementet.

Regionale helseforetak har siden etableringen i 2002 overtatt en rekke nye oppgaver. Utvalget er i mandatet bedt om å ta hensyn til endringer i oppgaveporteføljen til regionale helseforetak siden forrige gjennomgang. De viktigste oppgaveendringene er følgende:

- Opptreningsinstitusjoner (gradvis innfasing fra 2003 til 2006).
- Den spesialiserte delen av rusbehandling (2004).
- Transport av helsepersonell (2004).
- Pasienttransport (gradvis innfasing fra 2004 til 2006).
- Økt ansvar for finansiering av private laboratorier og røntgeninstitutter (1. september 2005 og 2008).
- Erstatningsutbetalinger for pasientskader (2006).
- Finansieringsansvar for legemiddelgruppen TNF-hemmere (1. juni 2006).
- Finansieringsansvar for enkelte MS-legemidler (2008).

Utvalget har inkludert de fleste av de nye ansvarsområdene i sine behovsanalyser i kapittel 8. Datagrunnlaget setter imidlertid noen begrensninger. Dette er nærmere omtalt i kapittel 8.

Fra 1. juni 2007 er det fire regionale helseforetak; Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Helse Sør-Øst RHF har et befolkningsgrunnlag på over halvparten av Norges befolkning (55 pst.) og er dermed klart størst av disse fire. Helse Vest RHF har en befolkningsandel på 21 pst., Helse Midt-Norge RHF 14 pst. og Helse Nord RHF 10 pst.

3.2 Regionale helseforetaks inntekter og finansieringssystem

Utvalget går i kapittel 3.2 gjennom de overordnede prinsippene for inntektene til regionale helseforetak. Systemet for regionale helseforetaks inntekter, og fordelingen mellom dem, ble sist gjennomgått i St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten* og Hagen-utvalgets NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. I kapittel 4 har utvalget gitt en nærmere beskrivelse av systemet for fordeling av basisbevilgningen til regionale helseforetak.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten foregår i flere trinn. Staten overfører midler til de regionale helseforetakene, som på sin side har et selvstendig ansvar for å tildele disse midlene til egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med ”sørge for”-ansvaret. Regionale helseforetak kan fastsette godtgjørelsen til de ulike leverandørene med relativt høy frihetsgrad. Utvalgets arbeid er knyttet til første trinn, dvs. fordeling av inntekter fra stat til regionale helseforetak.

Inntektene fra staten til de regionale helseforetak kan i hovedsak deles i to. Inntekter i basisbevilgningene er uavhengige av aktivitet, mens inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikk er aktivitetsavhengige. Regionale helseforetak har ingen egne skatteinntekter slik fylkeskommunene, som tidligere hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten, har.

Tabell 3.2 gir en oversikt over de bevilgninger i statsbudsjettets kap. 732 som er relevante i forhold til utvalgets mandat (slik de framstår i forslag til statsbudsjett 2008). I tillegg er regionale helseforetaks andel av Opptreppingsplanen for psykisk helse, som bevilges over kap. 743, med i tabellen. Tabell 3.2 gir således et hovedbilde av inntektene til de regionale helseforetak i 2008 når en ser bort fra tilskudd til store byggeprosjekter og lån til investeringer. Inntektene tilsvarer 83 mrd. kroner i 2008.

Tabell 3.2 Bevilgning til regionale helseforetak i 2008. Mill. kroner.

Tilskudd til helseforetakene (kap. 732.70)	3 367,5
Herunder:	
- Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell	1 904,8
- Opptreningsinstitusjoner	1 091,2
- Modum Bad	94,6
- Viken senter	42,1
- Tilskudd til turnustjeneste i sykehus	25,0
- Tilskudd til medisinerutdanning	17,4
Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF (kap. 732.72)	31 970,0
Tilskudd til Helse Vest RHF (kap. 732.73)	10 799,9
Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF (kap. 732.74)	7 989,5
Tilskudd til Helse Nord RHF (kap. 732.75)	6 928,6
Innsatsstyrt finansiering av sykehus (kap. 732.76)	16 821,4
Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv (kap. 732.77)	2032,1
Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre (kap. 732.78)	783,1
SUM Kap. 732.70-78	80 692,1
Tilskudd til styrking av psykisk helsevern (kap. 743.75 – regionale helseforetaks andel)	2 267,2
SUM	82 959,3

Kilde: St.prp. nr. 1 (2007-2008) og St.prp. nr. 1 (2007-2008) Tillegg nr. 2.

Utvalget vil i tillegg vise til at det er egne bevilgninger over statsbudsjettet til to grupper av private aktører. Dette gjelder private spesialister (kap. 2711 post 70 og kap. 2711 post 71) og private laboratorier og røntgeninstitut (kap. 2711 post 76). Refusjoner over disse tre postene utbetales direkte fra folketrygden til de private aktørene, og ikke via de regionale helseforetakene som f.eks. ISF-inntektene til private sykehus.

Basisbevilgningene til regionale helseforetak (post 70 og postene 72 til 75)

Hovedregelen er at tildeling av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene skjer på separate poster til hvert av de regionale helseforetakene, postene 72 til 75. Særskilte forhold har gjort det nødvendig at det også bevilges midler over en felles post (post 70). En viktig forklaring er at det ville gitt for store omfordelingseffekter mellom de regionale helseforetakene dersom enkelte av tilskuddene under post 70 hadde blitt fordelt etter inntektsfordelingssystemet i postene 72 til 75. Midlene under post 70 er derfor fordelt etter historiske kostnader. Dette gjelder først og fremst midler

til opptreningsinstitusjoner og midler til pasienttransport. Mandatet tilsier at utvalget skal vurdere en innlemming av tilskudd til disse to oppgavene i det ordinære inntektsfordelingssystemet, dvs. postene 72 til 75. Utvalget kommer tilbake til dette i kapittel 8. Utvalget har videre inkludert midler til Modum Bad og Viken senter i sine beregninger av fordelingsvirkninger i kapittel 11 fordi utvalget mener at en skal legge til grunn midler til hele spesialisthelsetjenesten.

Basisbevilgningene til de fire regionale helseforetak på 57,7 mrd. kroner (postene 72 til 75) skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målene i spesialisthelsetjenesten. Basisbevilgningene fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter prinsipper beskrevet i St.meld. nr. 5 (2003-2004), og som er omtalt i kapittel 4.

Inntekter for å gjenanskaffe bygg og utstyr tildeles de regionale helseforetakene gjennom postene 72 til 75. Midlene er ikke øremerket. I statsbudsjettet for 2008 ble inntektene til å dekke avskrivninger økt slik at dette beløpet samlet utgjør om lag 5,3 mrd. kroner. I kapittel 7 redegjør utvalget for sitt forslag til håndtering av inntekter til å dekke avskrivninger.

Innsatsstyrt finansiering av sykehus (post 76)

ISF er den største aktivitetsavhengige bevilgningen. Ved introduksjonen i 1997 var målet tydelig uttrykt som økt aktivitet, reduserte ventelister og høyere effektivitet. Det er i hovedsak oppnådd. I dag er stimulering til ytterligere aktivitetsøkninger ikke like høyt prioritert i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet. I større grad uttrykkes en målsetting om å bidra til oppnåelse av et fastsatt aktivitetsmål. Dersom produksjonen av helsetjenester blir lavere enn forutsatte mål mister de regionale helseforetakene inntekter. På den annen side vil kostnader ved høyere aktivitet bare delvis bli kompensert gjennom ISF-ordningen.

Ordningen omfatter somatiske pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi og enkelte dagbehandlinger. Fra 2008 utvides ordningen til også å omfatte all somatisk virksomhet i poliklinikkene.

ISF-andelen er 40 pst. i 2008. Dette innebærer at staten refunderer de regionale helseforetakene med 40 pst. av gjennomsnittlig behandlingskostnad innen hver av de 680 diagnoserelaterte gruppene. Størrelsen på ISF-andelen har variert siden ISF ble innført 1. juli 1997, men i de siste årene (2006-2008) har den vært stabil. Utvalget oppfatter at størrelsen på ISF-andelen i stor grad har vært et politisk valg hvor retorikk knyttet til forventede positive effekter av at "pengene følger pasienten" har vekslet med bekymring for at en for høy ISF-andel vil føre til prioritering av "lønnsomme" pasientgrupper. Utvalget viser også til omtale i kapittel 4.4 om hvordan endringer i ISF-andelen påvirker basisbevilgningen.

Som det framgår av mandatet inneholder ikke ISF-systemet refusjon for kapitalkostnader. Inntekter til dekning av avskrivninger fordeles til regionale helseforetak i basisbevilgningen utenom de aktivitetsbaserte ordningene ISF og poliklinikk. Dette innebærer at når pasienter beveger seg mellom regioner vil bostedsregionen ("sørge for"-RHF) betale et gjestepasientoppgjør som dekker driftskostnadene til den regionen pasienten behandles i, mens den regionen som står for behandlingen vil dekke kapitalkostnadene ved behandlingen. Ikke alle

kapitalkostnader kan henføres til enkeltpasientnivå. Utvalget viser til forslag vedr. ISF og kapital i kapittel 7.

Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus (post 77)

Denne aktivitetsbaserte ordningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet. Fra 2008 er somatisk aktivitet ved poliklinikkene flyttet til ISF.

Det ble i St.meld. nr. 5 (2003-2004) lagt til grunn at aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak samt egenandeler skal utgjøre om lag 40 pst. av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. På bakgrunn av nye beregninger fra NAV, er basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2008 økt samtidig som takstene til offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet reduseres tilsvarende. Slik skal andelen aktivitetsbasert finansiering av laboratorie- og røntgenvirksomhet tilsvare øvrig poliklinisk virksomhet. Tilsvarende endring er foreslått i 2008 for private laboratorier og røntgeninstitutt under kap. 2711 post 76.

Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre (post 78)

Tilskuddet består av to deler. Tilskuddet til forskning fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år (60 pst.) og likt mellom de regionale helseforetakene (40 pst.). Økt forskningsaktivitet i et regionalt helseforetak vil ikke øke den samlede bevilgning fra staten, men det regionale helseforetaks andel av den aktivitetsbaserte delen av forskningstilskuddet vil øke. Tilskuddet til nasjonale medisinske kompetansesentre er øremerket.

Utvalget redegjør i kapittel 4.3 og kapittel 4.4 for utviklingen fra Tilskudd til regionsykehus i 2003 til dagens Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre.

For å sikre forutsigbarhet i forskningsfinansieringen for Helse Sør-Øst i 2008, ble den faste delen av tilskuddet til forskning fra de tidligere to regionale helseforetakene videreført i statsbudsjettet 2008. Konkret innebærer dette at basisdelen av forskningstilskuddet er dobbelt så stort for Helse Sør-Øst sammenlignet med de tre andre regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i budsjettforslaget for 2008 at en ut i fra hensyn til likeverdighet, forutsigbarhet og nasjonale målsettinger, vil vurdere behovet for en justering av den relative fordelingen av basistilskuddet mellom de fire regionale helseforetakene.

Utvalget er i mandatet bedt om å ta hensyn til utdanning av helsepersonell og forskning ved vurdering av fordelingsmekanismene. Utvalget kommer tilbake til dette i kapittel 10.

Tilskudd til styrking av psykisk helsevern (kap. 743 post 75)

Midler til Opptrappingsplanen for psykisk helse bevilges over et eget kapittel i statsbudsjettet. I 2008 er det foreslått at de regionale helseforetakene samlet skal ha 2267,2 mill. kroner av disse. Midlene på denne posten er fordelt mellom de regionale helseforetak med 50 pst. vekt på historisk fordeling og 50 pst. etter kostnadsnøkkel for psykisk helsevern fra Hagen-utvalget. Siste år i Opptrappingsplanen er 2008.

Utvalget har inkludert midlene i sine beregninger av fordelingsvirkningene, jf. kapittel 11.

3.3 Oppsummering

Som bakgrunn for utvalgets arbeid, er det i kapittel 3 gitt en kort oversikt over de regionale helseforetakenes hovedoppgaver, inntekter og finansieringssystem.

De fire regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. De har dermed et ansvar for at bevilgninger, som i 2008 tilsvarer 83 mrd. kroner, brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for spesialisthelsetjenesten.

Sykehusenes fire hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Systemet for fordeling av inntekter fra staten til de fire regionale helseforetak kan i hovedsak deles i to. Inntekter i basisbevilgningen er uavhengige av aktivitet, mens inntekter via ISF og poliklinikk er aktivitetsavhengige. Dagens system for inntekter til de regionale helseforetak ble sist gjennomgått i St.meld. nr. 5 (2003-2004). Utvalgets hovedoppgave er å lage et inntektsfordelingssystem for de aktivitetsuavhengige bevilgningene til de regionale helseforetak. Utvalget skal også utvikle fordelingssystemet i en slik retning at midler til opptreningsinstitusjoner og pasienttransport også kan inngå i et nytt inntektsfordelingssystem.

4. Inntektsfordelingssystem for spesialisthelsetjenesten fra 1986-2008

4.1 Innledning

Systemet for fordeling av inntekter fra staten til de regionale helseforetak kan i hovedsak deles i to. Inntekter i basisbevilgningene er uavhengige av aktivitet, mens inntekter via ISF og poliklinikk er aktivitetsavhengige. Basisbevilgningenes størrelse i 2008 er på 57,7 mrd. kroner, og fordeles mellom regionale helseforetak etter inntektsfordelingssystemet slik det framgår av St.meld. nr. 5 (2003-2004).

Basisbevilgningen utgjør om lag 70 pst. av inntektene til regionale helseforetak. Dagens inntektsfordelingssystem ble tatt i bruk i 2005, og er delvis basert på Hagen-utvalgets forslag i NOU 2003:1. Dagens inntektssystem blir beskrevet nærmere i kapittel 4.4.

Utvalgets mandat innebærer at en skal forholde seg til fordeling av basisbevilgningen fra stat til regionalt helseforetaksnivå. Også regionalt helseforetaksnivå baserer seg i stor grad på ulike inntektsmodeller ved fordeling av inntekter ned til helseforetaksnivå. Utvalget ser det ikke som sin oppgave å redegjøre for eller mene noe om de ulike regionale inntektsmodellene.

Før sykehusreformen i 2002, var det fylkeskommunene som hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten. I 1980 ble det innført en ny finansieringsordning for helseinstitusjoner. Det ble opprettet et eget rammetilskudd fra stat til fylkeskommunene som baserte seg på Kvalheim-utvalgets NOU 1977:22 *Finansiering av helseinstitusjoner*. Et nytt inntektssystem for kommunene og fylkeskommunene ble innført i 1986, og spesialisthelsetjenesten var en del av dette systemet fram til og med 2001. I kapittel 4.2 gir utvalget en kort beskrivelse av kostnadsnøkkelen³ for helsetjenesten i inntektsfordelingssystemet for fylkeskommunene fra 1986.

Ved opprettelsen av de regionale helseforetak i 2002, ble midler brukt i spesialisthelsetjenesten i de enkelte fylkeskommuner videreført i de regionale helseforetak. Dette innebar at fordelingen av midler mellom regionale helseforetak i 2002 videreførte inntektsfordelingssystemet fra fylkeskommunene og fylkeskommunenenes prioriteringer mellom de ulike sektorene. Systemet som gjaldt for regionale helseforetak i perioden 2002 til 2004 er omtalt i kapittel 4.3.

Utvalgets vurdering av utviklingen i kostnadsnøkklene for spesialisthelsetjenesten samt en oppsummering av debatt og kritikk om dagens inntektsfordelingssystem følger i kapittel 4.5.

³ En kostnadsnøkkel gir et sett kriterier (f.eks. alder og utdanning) med tilhørende vektorer som angir hvor stor andel av ressursbehov som dekkes på grunnlag av et bestemt kriterium, og hvor det er tatt hensyn både til behovs- og kostnadsnivå.

4.2 Inntektssystemet for fylkeskommunene fra 1986 til 2001

Inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene ble innført i 1986, og er et system for fordeling av rammetilskudd mellom kommuner og mellom fylkeskommuner. Innføringen av inntektssystemet innebar en endring i statens styring av kommunesektoren. Om lag 50 større og mindre statlige driftstilskudd ble slått sammen til sektorvise rammetilskudd kombinert med et generelt rammetilskudd som kommuner og fylkeskommuner kunne disponere fritt innenfor gjeldende lov- og regelverk.

Etter innføringen av inntektssystemet i 1986 er det foretatt en rekke større og mindre endringer i systemet. De største omleggingene skjedde i 1994, da ulike sektortilskudd ble slått sammen til ett utgiftsutjevneende tilskudd, og i 1997 som følge av Rattsø-utvalgets første delutredning (NOU 1996:1). Hovedelementene i inntektssystemet etter Rattsø-utvalget var inntektsutjevning, utgiftsutjevning, innbyggertilskudd, Nord-Norge tilskudd, regionaltilskudd og skjønntilskudd.

Inntekts- og utgiftsutjevningen bidrar til å utjevne de økonomiske forutsetningene for et likeverdig tjenestetilbud mellom kommuner og mellom fylkeskommuner. Gjennom inntektsutjevningen foretas det delvis utjevning av forskjeller i skatteinntekter, mens utgiftsutjevningen kompenserer for forskjeller i beregnet utgiftsbehov knyttet til nasjonale velferdstjenester. Gjennom utgiftsutjevningen gis det full kompensasjon for ufrivillige kostnads- og etterspørselsforhold, som er oppsummert i kostnadsnøkklene.

Videre gir utvalget en kort beskrivelse av kostnadsnøkkelen for helsetjenester som ble brukt i den fylkeskommunale utgiftsutjevningen fra 1997. Utvalget har valgt å ikke gå nærmere inn på de ulike elementene i inntektsmodellen for fylkeskommunene fra denne tidsperioden, da dette er godt dokumentert andre steder. Det vises f.eks. til NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring*.

Kostnadsnøkkel for helsetjenesten i fylkeskommunene fra 1997 til 2001

Helsetjenesten utgjorde godt over halvparten av de totale driftsutgiftene i fylkeskommunene. Tar en året 1999, utgjorde brutto driftsutgifter til helse 40,6 mrd. kroner for fylkeskommunene. Dette tilsvarte 60 pst. av totale brutto driftsutgifter til fylkeskommunene samme år.

Fylkeskommunenes kostnadsnøkkel fra 1997 var et veid gjennomsnitt av separate kostnadsnøkler for videregående opplæring, helsetjenesten og samferdsel. Vektene var proporsjonale med tjenestenes netto driftsutgifter i 1994. Kostnadsnøkkelen for helsetjenester omfattet deltjenestene somatikk, psykisk helsevern, tannhelsetjenesten, institusjoner for rusmiddelavhengige og barnevernsinstitusjoner. Den bestod av alderskriterier, "andel dødelighet 0–64 år", "andel skilte og separerte 16–59 år" og "andel enslige og enslige forsørgere". Som det går fram av tabell 4.1 veide alderskriteriene mest (over 80 pst).

Faktorene "andel skilte og separerte 16–59 år" og "andel enslige og enslige forsørgere" skulle fange opp variasjoner i utgiftsbehovet innen psykiatri, barnevern og rusmiddel-institusjoner. "Andel dødelighet 0–64 år" var en samleindikator for sosioøkonomiske forhold som påvirker forekomsten av sykdom i befolkningen. Sykdomsforekomst påvirker etterspørsel etter sykehustjenester. Det var særlig Oslo, Troms og Finnmark som tradisjonelt hadde hatt lavere levealder enn andre fylker og

som begrunnet dødelighetskriteriet i kostnadsnøkkelen. Variasjonene i dødelighet mellom fylkene ble imidlertid redusert i denne perioden, og Hagen-utvalget (NOU 2003:1), konkluderte med at det ikke var noen grunn til å ta inn dødelighet som kriterium i sitt forslag til kostnadsnøkler.

Kostnadsnøkkelen for helsetjenester i fylkeskommunene hadde ikke kriterier som fanger opp kostnadsvariasjoner som følge av spredt bosetting. Årsaken var at en ikke hadde funnet effekter av disse forholdene.

Tabell 4.1 Kostnadsnøkkel for helsetjenesten i fylkeskommunene i perioden 1997–2001.

Kriterium	Vekt
Andel innbyggere 0–15 år	0,103
Andel innbyggere 16–18 år	0,029
Andel innbyggere 19–34 år	0,128
Andel innbyggere 35–66 år	0,247
Andel innbyggere 67–74 år	0,138
Andel innbyggere 75 år og over	0,188
Andel dødelighet 0–64 år	0,104
Andel skilte 16–59 år	0,023
Andel enslige og enslige forsørgere	0,040
Sum	1,000

4.3 Inntektene til regionale helseforetak fra 2002 til 2004

Da staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, fikk fylkeskommunene en reduksjon i de frie inntektene på om lag 25,1 mrd. kroner (tilsvarende 47 pst. av fylkeskommunenes frie inntekter). Uttrekket fra fylkeskommunenes rammer, ble basert på utgifter til spesialisthelsetjenesten i 2000. Utgiftsfordelingen mellom fylkeskommunene ble basert på regnskapstall for 1999. De beløpene som ble trukket ut var korrigert for inntekter fra aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene tilsvarte dermed utgiftene fylkene hadde hatt til spesialisthelsetjenester. I tillegg ble utgifter til statlige institusjoner (bl.a. Rikshospitalet og Radiumhospitalet) lagt inn. Det ble lagt til grunn at en i oppstartsåret ikke skulle foreta store omfordelinger mellom de regionale helseforetakene i forhold til det driftsnivået som ble overtatt fra fylkeskommunene.

Basisbevilgningene til de regionale helseforetak bestod i tillegg av tilskudd til investeringer og en rekke tidligere øremerkede tilskudd. Utenom basisbevilgningene ble det i 2002 i hovedsak gitt tilskudd til Innsatsstyrt finansiering (ISF), poliklinikk, regionsykehus og Opptappingsplanen for psykisk helse.

I 2002 ble det nedsatt et utvalg, ledet av professor Terje P. Hagen, som fikk i oppdrag å gjennomgå hele bevilgningssystemet til regionale helseforetak. Et av oppdragene til utvalget var å foreslå prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd mellom de regionale helseforetakene.

I påvente av Hagen-utvalget innstilling, ble det i årene 2002 til 2004 ikke foretatt noen omfordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene som følge av nye befolkningstall, sosiale kriterier osv. Fordelingen av basisbevilgningen til de regionale helseforetak i disse årene er derfor historisk betinget. Ulikheter kan i stor grad forklares med forskjeller i inntektsnivå mellom fylkeskommunene (bl.a. inntektssystemet for fylkeskommunene med sine kriterier, skjønnsmidler, egne tilskudd til de tre nordligste fylkeskommunene), fylkeskommunenes ulike prioriteringer av spesialisthelsetjenesten og statens prioriteringer av de tidligere statssykehusene. Overføringene til de regionale helseforetakene ble ikke fullt ut fordelt etter kriteriene i fylkeskommunenes inntektssystem fordi det var bygd inn overgangsordninger i inntektssystemet til fylkeskommunene som ikke var avsluttet.

Som følge av omleggingen av finansieringsordningen for investeringer, skjedde det i 2003 en omfordeling mellom de regionale helseforetakene. Fordelingen i 2002 skjedde i forhold til kontantfinansiering av konkrete investeringsprosjekter. Dette ga en svært ulik fordeling mellom de regionale helseforetakene. Fra 2003 ble det lagt til grunn at disse inntektene skulle inngå som ordinære inntekter i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Videre ble midler til å dekke avskrivingskostnader fordelt etter de regionale helseforetakenes andel av beregnede avskrivninger slik de framkom i en foreløpig verdsetting av helseforetakenes bygninger og utstyr. Effekten av dette var at det skjedde en viss utjevning i 2003 mellom de regionale helseforetakene målt i kroner pr. innbygger.

I 2004 ble det gjort en endring av det tidligere regionsykehusstilskuddet som gikk til fire av fem regionale helseforetak. Tilskuddet var videreført fra før 2002 og var en kompensasjon for høyere kostnader til de fire fylkeskommunene som eide regionsykehus. Helse Sør var ikke omfattet av regionsykehusstilskuddet, da Rikshospitalet og Radiumhospitalet som statlige sykehus før sykehusreformen trådte i kraft, hadde egne bevilgninger på statsbudsjettet. Bevilgningene til disse to statssykehusene ble overført til Helse Sør sin basisbevilgning fra 2002. Fra 2004 ble det opprettet et nytt Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre som skulle dekke alle fem regionale helseforetak. Øremerkede midler til drift av lands- og flerregionale funksjoner i det tidligere regionsykehusstilskuddet ble overført til basisbevilgningene til Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. For at Helse Sør skulle bli omfattet av det nye tilskuddet på lik linje med de øvrige regionale helseforetakene, ble det overført midler fra Helse Sør sin basisbevilgning til det nye tilskuddet. I 2004 utgjorde tilskuddet totalt 953 mill. kroner (2004-kroner). En annen viktig endring var at deler av tilskuddet til forskning ble gjort resultatbasert for å stimulere til økt produktivitet og kvalitet på forskningen og økt produksjon av doktorgrader. Det ble lagt til grunn at beløpet som ble fordelt til forskning ikke skal reflektere faktisk ressursbruk, men gi et økonomisk bidrag til forskningsaktivitet. I 2006 ble tilskuddet på nytt endret ved at en flyttet midler til utdanning til basisbevilgningene, jf. omtale i kapittel 4.4.

4.4 Inntektssystemet for regionale helseforetak fra 2005 til 2008

Hagen-utvalget (NOU 2003:1) foreslo at aktivitetsuavhengige tilskudd skulle fordeles etter to typer av kostnadsnøkler; en kostnadsnøkkel for somatikk og en kostnadsnøkkel for psykiatri. De to kostnadsnøkklene gjennomgås mer detaljert senere i dette kapittel.

Dagens inntektsfordelingssystem til de regionale helseforetak, jf. St.meld. nr. 5 (2003-2004), er delvis basert på Hagen-utvalgets forslag. Det ble imidlertid gjort endringer i modellen Hagen-utvalget foreslo. De viktigste prinsipielle endringene var:

- Hagen-utvalget la "sørge for"-ansvaret til grunn for finansieringen av pasientbehandlingen, og fordelte derfor hele basisbevilgningen til det regionale helseforetaket der pasienten var hjemmehørende og forutsatte kostnadsdekkende gjestepasientpriser (kapitalkostnader inkludert) mellom regionale helseforetak. I St.meld. nr. 5 (2003-2004) valgte en å videreføre en modell med gjestepasientsubsidier til sykehus med landsfunksjoner, i første rekke Rikshospitalet. I forhold til Hagen-utvalgets innstilling ble gjestepasientsubsidien finansiert ved en avkortning i overføringene til andre regionale helseforetak, i første rekke Helse Øst.
- Selv om det ikke ble eksplisitt diskutert, kan Hagen-utvalgets forslag forstås som at en skulle legge kostnadsnøklerne til grunn for den samlede fordeling av utgifter til somatiske tjenester, samt benytte regionale priser som grunnlag for en ev. aktivitetsbasert komponent. I St.meld. nr. 5 (2003-2004) foreslo en kun å legge kostnadsnøklerne til grunn for fordeling av basisbevilgningen og i tillegg benytte nasjonale priser i aktivitetsfinansieringen gjennom ISF. Effektene dette hadde, ble kompensert ved et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord.
- Det hadde skjedd endringer i den regionale utgiftsfordelingen fra perioden som lå til grunn for Hagen-utvalgets analyser (1998-2000) og til implementeringen av ny modell.

Kort beskrevet ble modellen, som Stortinget sluttet seg til gjennom Innst. S. nr. 82 (2003-2004), som følger:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 modellen 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. En overgangsordning kan gjennomføres ved omfordeling innen eksisterende ramme, ved omfordeling av vekst eller en kombinasjon mellom disse to. Overgangsordningen har blitt forsert ved at det er tilført ekstra midler i løpet av perioden.

Siden 2005 har det skjedd en del endringer som har påvirket størrelsen på basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. De viktigste er endringer i ISF-andelen, tilføring av nye oppgaver til de regionale helseforetakene og omgjøringen av Tilskuddet til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre.

Endringer i ISF-andelen vil påvirke størrelsen på basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende vil også endringer i forholdet mellom basisbevilgningene og takster på poliklinikk, privat laboratorie- og røntgenvirksomhet og private avtalespesialister påvirke størrelsen på basisbevilgningene. ISF-andelen gikk opp fra 40 pst. i 2004 til 60 pst. i 2005, og den ble redusert til 40 pst. igjen i 2006. ISF-andelen er videreført med 40 pst. i 2007 og 2008. Da ISF-andelen ble redusert fra 60 til 40 pst. i 2006, ble basisbevilgningene til de regionale helseforetak økt. Samlet tilføring til regionale helseforetak er den samme, men det skjer altså en flytting av midler fra ISF-bevilgningen til basisbevilgningene. Beløpets størrelse er beregnet på grunnlag av ISF-bevilgningens budsjett kommende år. Fordelingen mellom de regionale helseforetakene har blitt basert på sist tilgjengelige tall for relativ aktivitet.

De regionale helseforetakene er blitt tilført nye oppgaver siden 2005. Et eksempel er overtakelsen av finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere fra folketrygden. Inntekter for nye oppgaver, som har blitt lagt inn i basisbevilgningenes post 71 til 75, har blitt videreført etter den fordeling utgiftene hadde på det tidspunkt de ble lagt inn. Slike inntekter har blitt fordelt etter prinsippene i St.meld. nr. 5 (2003-2004), dvs. at 50 pst. har blitt fordelt etter historiske utgifter eller kostnader og 50 pst. etter fordelingskriteriene til Hagen-utvalget. Det samme opplegg har f.eks. også blitt brukt på fordeling av bevilgningen på 1 mrd. kroner til dekning av økte pensjonskostnader i 2007. (Opptreningsinstitusjoner og pasienttransport er fordelt 100 pst. etter historiske kostnader, jf. omtale under post 70).

Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre ble etablert i 2004. Praksisundervisning for medisinerstudenter ble finansiert gjennom dette tilskuddet, mens øvrige studentgruppers praksisfinansiering, og også foretakenes øvrige utdanningsoppgaver, finansieres gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Stortinget har tidligere bedt om at det etableres mer likeartet praksisfinansiering av ulike grupper av studenter. Som følge av at det ikke var tilgjengelig sikre anslag på hva en praksisplass for de ulike studentgruppene faktisk koster, ble tilskuddet til utdanning lagt inn i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene fra 2006. Disse midlene inngår derfor i inntektsfordelingsmodellen fra 2006. Fra 2006 heter det nye tilskuddet Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre.

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

Hagen-utvalget kom fram til et sett kriterier for fordeling av midler til somatisk pasientbehandling og et sett kriterier for fordeling av midler innen psykisk helsevern.

Vektingen mellom de to kriteriesettene er bestemt av faktiske kostnader for de to områdene. Siste tilgjengelige fulle år blir brukt som grunnlag for fordeling i statsbudsjettene. Hagen-utvalget foretok ikke egne analyser av utgifter til behandling av rusmiddelavhengighet, men anbefalte at kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusomsorgen. Faktiske kostnader til rusbehandling har derfor inngått i vekten for psykisk helsevern siden 2005. Når det gjelder syketransport/pasienttransport, anbefalte Hagen-utvalget at det på lang sikt bør etableres kriterier i inntektssystemet for regionale helseforetak som tar hensyn til variasjoner i transportbehovet mellom ulike landsdeler. På kort sikt anbefalte Hagen-utvalget at en fordelte ressursene på bakgrunn av historiske kostnader. Fordeling av midler til pasienttransport til de regionale helseforetak har derfor skjedd på bakgrunn av historiske kostnader.

Boks 4.1 Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel somatikk, herunder hvilke kriterier som ble vurdert.

Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for somatikk

Kriterium	Kostnadsvekt
Andel innbyggere 0-4 år	0,056
Andel innbyggere 5-19 år	0,043
Andel innbyggere 20-39 år	0,162
Andel innbyggere 40-64 år	0,272
Andel innbyggere 65-74 år	0,157
Andel innbyggere 75-89 år	0,248
Andel innbyggere 90 år og eldre	0,022
Reisetid	0,040
Sum	1,000

Fordelingskriterier, somatiske tjenester

Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Anvendes i kostnadsnøkkel:	
<i>Alder</i>	Klar og systematisk sammenheng med somatiske sykehustjenester. Andel av pasientene som reiser mer enn 1,5 time. Påvirker utgiftsnivået i sykehusene noe. Hagen-utvalget foreslo skjønnsmessig at kriteriet gis en vekt på 4 prosent. Kriteriet er basert på data fra 2000. Kriteriet kan påvirkes av regionale helseforetak. Kriteriet beholdes derfor uendret inntil man ev. finner andre kriterier for reiseavstand som regionale helseforetak ikke kan påvirke.
<i>Reisetid</i>	
Anvendes ikke i kostnadsnøkkel:	
<i>Kjønn</i>	Forbruket av sykehustjenester er kjønnsrelatert, men kjønns sammensetningen varierer ubetydelig mellom regionene.
<i>Utdanning</i>	Andel av befolkningen med kun grunnskole eller ikke fullført grunnskole. Påvirker ikke utgiftsnivået.
<i>Mottar uføretrygd</i>	Paradoksalt nok samvarierer dette negativt med utgiftsnivået. Kan skyldes at uføretrygd er benyttet som langtids arbeidsledighetstrygd.
<i>Mottar sosialhjelp</i>	Ustabil effekt.
<i>Dødelighet</i>	Har sammenheng med utgiftsnivået, men variasjoner i dødelighet mellom regionene er små.
<i>Sprettbygdhet</i>	Indikasjon på at tettbygde fylkeskommuner har høyere utgiftsnivå enn andre fylkeskommuner, men effekten er ikke stabil.
<i>Innvandring</i>	Det er ikke funnet stabile effekter av innvandrere på bruk av spesialisthelsetjenester.
<i>Lønnsnivå</i>	Liten forklaringskraft.

Kilde: St.meld. nr. 5 (2003-2004).

Kostnadsnøkkel for somatikk bestod av alderskriterier og reisetid, jf. boks 4.1 som viser forslag til kostnadsnøkkel for somatikk fra Hagen-utvalget og de ulike kriteriene som ble vurdert i analysene. Alderskriteriene veide 96 pst, mens reisetidskriteriet veide 4 pst. Kriteriet reisetid til sykehus ble innført fordi utvalget mente at store avstander gir merkostnader til akuttberedskap og lengre liggetider. Kriteriet bidro særlig til å forklare noe av de høye kostnadene i Nord-Norge.

Hagen-utvalgets analyser av somatikk ble basert på fylkeskommunenes utgifter til somatisk behandling for årene 1998 til 2000. Analysene er basert på brutto driftsutgifter, dvs. summen av fylkeskommunenes netto driftsutgifter til somatiske sykehus (korrigert for gjestepasientstrømmer), sykehusenes inntekter fra ISF, sykehusenes polikliniske inntekter, regionsykehustilskuddet samt andre øremerkede tilskudd. I tillegg inngår utgifter til andre somatiske helsetjenester, inkl. ambulanse.

Kostnadsnøkkelen for somatikk er basert på en kombinasjon av analyse av forbruksvariasjoner basert på ratio-metoden og på analyser av utgiftsvariasjoner på fylkesnivå ved bruk av regresjonsanalyse⁴.

Ratio-metoden ble brukt for å finne alderskriteriene. Utgangspunktet er relativ ressursbruk målt ved DRG-poeng per 1000 innbyggere for ulike aldersgrupper. Dette innebærer at analysen er basert på pasientadministrative data for pasientgrupper som omfattes av DRG-systemet, og omfatter derfor f.eks. ikke pasienter som omfattes av trygdens refusjoner for poliklinisk virksomhet.

Som nevnt ble det også gjennomført regresjonsanalyser av variasjoner i fylkeskommunenes utgifter til somatiske helsetjenester per innbygger. Utgiftsvariasjoner kan ha opphav i forhold på behovssiden og i forhold på kostnadssiden. Flere ulike behovs- og kostnadsforhold ble vurdert og analysert, jf. de ulike kriteriene som er listet opp i boks 4.1. Ingen av indikatorene som beskriver sosioøkonomiske forhold (andel som kun har grunnskole, mottar uføretrygd, mottar sosialhjelp, er innvandrere) kunne beskrive utgiftsnivået på en stabil måte. Heller ikke dødelighet, som tidligere hadde vært inkludert i den fylkeskommunale kostnadsnøkkelen for helsetjenester fra 1997, viste en stabil sammenheng. Dette skyldtes at dødeligheten var redusert i alle fylker, og at variasjoner i dødelighet ble redusert på regionnivå.

Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykisk helsevern bestod av alderskriterier, ekteskap, uføretrygdede med psykiatrisk diagnose, sosialhjelpsmottakere, utdanningsnivå og flytting. Det ble dokumentert at et kriterium som beskriver flytting fanget opp noe av ressursbehovet. Bakgrunnen for å ta inn kriteriet flytting er at enkelte deler av landet i større grad enn andre har tilførsel av personer som har eller kommer til å utvikle psykiske lidelser. Det ble f.eks. vist til at et vesentlig antall pasienter bosatt i Oslo i 1999 vokste opp i andre fylker. Oslo har dermed en netto tilførsel av sosiale og psykiatriske problemer som har startet andre steder. Det er tatt hensyn til flytting i modellen, men det er ikke et eget kriterium. I kostnadsnøkkelen veier alderskriteriene om lag 60 pst. og de ulike sosiale kriteriene om lag 40 pst. Boks 4.2 viser forslag til kostnadsnøkkel for psykisk helsevern fra Hagen-utvalget og de ulike kriteriene som ble vurdert i analysene.

⁴ I kapittel 6 er det gitt en nærmere forklaring av ulike metodene.

Boks 4.2 Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel psykisk helsevern, herunder hvilke kriterier som ble vurdert.

Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykiatri

Kriterium	Kostnadsvekt
Andel innbyggere 0-15 år	0,097
Andel innbyggere 16-18 år	0,044
Andel innbyggere 19-34 år	0,159
Andel innbyggere 35-66 år	0,193
Andel innbyggere 67-74 år	0,044
Andel innbyggere 75 år og eldre	0,059
Andel ugifte 35 år og eldre	0,097
Andel uføretrygdde (psykiatrisk diagnose) 18-39 år	0,076
Andel uføretrygdde (psykiatrisk diagnose) 40-69 år	0,102
Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år	0,016
Andel kun grunnskole 18-29 år	0,067
Andel kun grunnskole 30-59 år	0,046
Sum kriterier	1,000

Fordelingskriterier, psykiatri

Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Anvendes i kostnadsnøkkel:	
<i>Alder</i>	Alder kombinert med sosiale kriterier.
<i>Ekteskap</i>	Andel ugifte 35 år og eldre har stabil effekt.
<i>Mottar uføretrygd</i>	Uføretrygdde med psykiatrisk diagnose i aldersgruppen 18-69 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Mottar sosialhjelp</i>	Sosialhjelpsmottakere i aldersgruppen 18-49 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Utdanning</i>	Personer i alderen 18-59 år som kun har utdanning fra grunnskole er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Flytting</i>	Personer som har eller kommer til å utvikle en psykiatrisk lidelse trekker til enkelte deler av landet i større grad enn andre. Et vesentlig antall psykiatriske pasienter bosatt i Oslo i 1999 vokste f.eks. opp i andre fylker.
Anvendes ikke i kostnadsnøkkel:	
<i>Kjønn</i>	Kjønns sammensetningen varierer ubetydelig mellom regionene.
<i>Familiestatus</i>	Pålitelig og relevant statistikk over enslige og enslige forsørgere er ikke tilgjengelig på årlig basis.
<i>Spredtbygdhet</i>	Usikkert om urbaniseringsgrad påvirker psykiatrisk sykkelighet.
<i>Reisetid</i>	Har effekt på utgiftsnivået i psykiatrien, men effekten er ustabil og langt svakere enn for somatikk.
<i>Lønnsnivå</i>	Liten forklaringskraft.
<i>Innvandring</i>	Ser ikke ut til å ha effekt på utgiftsnivået i psykiatrien.

Kilde: St.meld. nr. 5 (2003-2004).

Kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern er basert på analyse av forbruksvariasjoner ved bruk av ratio-metoden. Det ble foretatt separate forbruksanalyser etter ratio-metoden for tjenester for voksne og tjenester for barn og unge. Analysene for voksne er basert på pasienttellingsdata, mens analysene for barn og unge er basert på pasientadministrative data. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt privatpraktiserende spesialister. Tellingsdata inneholder opplysninger om ulike sosiale forhold som pasientadministrative data ikke inneholder. For å ta høyde for ulike behandlingskostnader (per liggedag) mellom ulike

pasientgrupper ble det innenfor hver av de to deltjenestene skilt mellom ulike tjenestetyper, i alt seks for voksne og fire for barn og unge⁵.

Det ble også gjennomført analyser av fylkesvise variasjoner av utgifter til psykisk helsevern for å fange opp forhold på kostnadssiden som ev. skulle tas inn i kostnadsnøkkelen, bl.a. kostnadsulemper knyttet til størrelse, bosettingsmønster og reiseavstander. Ingen sterke og stabile sammenhenger ble avdekket.

4.5 Utvalgets vurdering av dagens inntektsfordelingssystem

Utvalget har merket seg følgende med hensyn til utviklingen i bruk av ulike kriterier i kostnadsnøkklene fra 1997 og til Hagen-utvalgets forslag i NOU 2003:1:

- Alderskriteriene utgjør fortsatt klart den viktigste komponenten. Mens alderskriteriene veide 83 pst. i 1997-nøkkelen, utgjorde de henholdsvis 96 og 60 pst. i Hagen-utvalgets forslag til somatikk-nøkkel og nøkkelen for psykisk helsevern. Disse to nøklene inngår med halv tyngde i dagens fordelingssystem.
- Sosioøkonomiske kriterier er inkludert i nøkkelen for psykisk helsevern (bl.a. kun grunnskole), men ikke i somatikk-nøkkelen fra Hagen-utvalget. Dersom det er slik at sosioøkonomiske kriterier likevel skulle bety noe for behovet innen somatikk, vil kostnadsnøkkelen ikke fange opp dette. I så fall betyr dette en undervurdering av behov for de regionale helseforetak som scorer dårligere enn gjennomsnittet på de sosioøkonomiske kriteriene.
- Dødelighet ble tatt ut som kriterium i kostnadsnøkklene til Hagen-utvalget. Dette skyldtes at dødeligheten var redusert i alle fylker, og at variasjoner i dødelighet ble redusert på regionnivå.
- Analyser av kostnadsulemper i Hagen-utvalget medførte at somatikk-nøkkelen ble justert for reisetid med en vekt på 4 pst. Kostnadsnøkkelen fra 1997 hadde ikke kriterier som fanger opp variasjoner som følge av spredt bosetting fordi en ikke hadde funnet effekter av disse forholdene.

Dagens inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak har vært utsatt for kritikk. Utvalget vil påpeke at det lett vil oppstå uenighet om et fordelingssystem hvor den enes gevinst er den andres tap. Noe av kritikken må derfor forstås på bakgrunn av dette. Utvalget vil også understreke at utforming av fordelingskriterier og kostnadsnøkler ikke er noen eksakt vitenskap, og at ulike miljøer vil ha ulike oppfatninger av hvordan dette skal gjøres. Utvalget gjennomgår nedenfor noen av de momentene som har vært trukket fram i debatten om dagens inntektsfordelingssystem.

”Skjevfordelingsdebatten” har sitt utgangspunkt i at noen regionale helseforetak ikke har fått en uttelling i basisbevilgningen som en full implementering av Hagen-utvalgets kostnadsnøkler ville ha gitt. Kritikken har vært rettet mot de endringer som ble gjort i forhold til forslagene fra Hagen-utvalget og mot at en overgangsperiode på fem år har vært for lang. Gjennom tilleggsbevilgninger har overgangsperioden blitt redusert til tre år. I tillegg er det gitt bevilgninger i forbindelse med St.prp. nr. 44 (2006-2007), videreført i budsjettet for 2008, som ikke er i tråd med St.meld. nr. 5 (2003-2004). Disse bevilgningene tilgodeser i hovedsak Helse Midt-Norge og Helse Nord.

⁵ Voksne: døgntilleggsbehandling sykehus, døgntilleggsbehandling andre institusjoner, privatpleie, dagbehandling, offentlige poliklinikker og privatpraktiserende. Barn og unge: døgntilleggsbehandling klinikk, døgntilleggsbehandling behandlingshjem, dagbehandling og poliklinikk.

De regionale helseforetakene har overtatt flere nye oppgaver siden forrige gjennomgang av inntektsfordelingsmodellen. De største endringene er pasienttransport, rusbehandling og opptreningsinstitusjoner.

Det har vært stilt spørsmål ved om det er riktig å holde midler til pasienttransport utenom inntektsfordelingsmodellen og fordele disse etter historisk forbruk. Helse Nord har en svært høy andel av pasienttransportmidlene som følge av spredtbygdhet og større avstander til sykehus sammenlignet med resten av landet. Utvalget vil også påpeke at fordelingsnøkkelen må forstås på bakgrunn av at kostnadene i stor grad belastes den region der transporten skjer. Etter utvalgets vurdering må det tas hensyn til slike kostnadsforskjeller dersom en skal implementere pasienttransportmidlene i en fordelingsmodell.

Midler til rusbehandling fordeles mellom de regionale helseforetak med bakgrunn i kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern, og det har vært reist kritikk mot dette. Etter utvalgets vurdering er det grunn til å tro at behovene for rusbehandling er noe ulikt fordelt mellom regionene sammenlignet med psykisk helsevern. Utvalget ønsker derfor å gjennomføre egne behovsanalyser for rusbehandling.

Midler til private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, herunder helsesportsentre mv., fordeles mellom de regionale helseforetak etter historisk forbruk bestemt av institusjonenes lokalisering. Midlene er skjevt fordelt mellom de regionale helseforetak. Det skyldes at Helse Sør-Øst og Helse Nord av historiske årsaker, relativt sett, har flere av disse private institusjonene. Helse Vest har relativt sett færre. Utvalget viser imidlertid til at pasienter kan benytte plasser i institusjoner i andre regioner uten at dette blir gjenstand for et gjestepasientoppgjør. Utvalget viser til at det har vært en del støy om disse private institusjonene. Dette skyldes at noen private institusjoner ikke fikk avtaler med Helse Øst etter anbudsrunder i 2006 samt at ressursene er ulikt fordelt mellom regionene. Etter utvalgets vurdering må også midler til de private opptreningsinstitusjonene inkluderes i fordelingsmodellen, men dette forutsetter i så fall etablering av et gjestepasientoppgjør mellom regionene.

Utvalget viser til at en i mandatet er bedt om å ”ta hensyn til endringer i oppgaveporteføljen til regionale helseforetak...”, og utvalget har derfor i sitt arbeid lagt vekt på å få gjennomført analyser som inkluderer data for disse nye områdene, jf. kapittel 8.

Det har vært påpekt at inntekter fra privat laboratorie- og røntgenvirksomhet og private avtalespesialister ikke blir hensyntatt i inntektsfordelingsmodellen på lik linje med polikliniske inntekter (offentlig poliklinikk). For eksempel blir nesten 70 pst. av trygderefusjonene til avtalespesialistene utbetalt til spesialister som har kontor i regionen som tilhører Helse Sør-Øst. Utvalget viser til at det i mandatet heter at ”Utvalget skal vurdere om trygderefusjoner til private avtalespesialister og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet påvirker det samlede inntektsgrunnlaget og om dette eventuelt bør tas med i en samlet omfordelingsvurdering”. Utvalget har analysert denne problemstillingen nærmere i kapittel 8.1.

Det har også vært en faglig debatt hvorvidt sosioøkonomiske indikatorer i sterkere grad burde vært innarbeidet i kostnadsnøkkelen for somatikk. I debatten har det videre vært trukket fram at klima har en viss betydning for forbruket innen

spesialisthelsetjenesten (Carlsen, 2006). Utvalget har viet begge disse forholdene betydelig plass i sitt arbeid, og behandler disse i kapittel 8.1.

Dagens nøkler for somatikk er basert på data fra perioden 1999-2001, dvs. fra en tid hvor sektoren var under fylkeskommunalt eie. Utvalget viser til at vi nå har data fra tiden etter 2002, og at vi samtidig har et mer detaljert datagrunnlag som muliggjør bedre analyser.

Endelig gis det i dagens inntektsfordelingssystem bare i begrenset grad kompensasjon for kostnadsulempen knyttet til spredtbygdhet og reisetid. Utvalget behandler spørsmålet om kompensasjon for avvikende kostnadsnivå i kapitlene 8.4 og 9.

5. Inntektssystemer i enkelte andre land

5.1 Innledning

I dette kapitlet ser utvalget nærmere på inntektssystemer for spesialisthelsetjenesten i Sverige, Danmark, England og Skottland. Hensikten er å se hvilke kriterier og til dels metoder som brukes i inntektssystemene i noen andre land. I tabell 5.1 er det gitt en oversikt over kriteriene som brukes i 2007 i de enkelte landene.

Rice og Smith (2001) gir en nærmere beskrivelse av behovsbaserte fordelingsordninger i ulike land i Europa. Det er stor variasjon mellom de ulike land, men en fellesnevner er at nasjonale myndigheter har delegert ansvaret for å tilby helsetjenester til ulike aktører. Aktørene kan deles inn i fire hovedgrupper;

- sykekasser (f.eks. Nederland),
- bedriftsbaserte forsikringer (f.eks. Frankrike),
- lokal forvaltning (f.eks. Sverige, Danmark og primærhelsetjenesten i Norge) og
- statlige enheter (f.eks. England, Skottland og regionale helseforetak i Norge).

De ulike aktørene har ansvaret for å tilby nærmere spesifiserte helsetjenester for en gitt populasjon bestemt av geografi, arbeidstakergruppe, frivillig medlemskap e.l. Delegering av ansvar skaper behov for oppgjørsordninger fra nasjonale finansieringsmyndigheter til aktørene. Gjennomgangen til Rice og Smith fra 2001 viser at bruken av tilskudd basert på behovskriterier ved befolkningen har økt og nå brukes i de fleste land i Europa. Av de 20 landene som ble undersøkt av Rice og Smith i 2001, var det bare Østerrike, Hellas, Irland og Luxemburg som ikke hadde elementer av slik finansiering. Utvalget har ikke gjennomført en oppdatering av disse forhold til 2007. Blant landene som har valgt behovsbasert finansiering, har de fleste valgt å ta hensyn til empiriske data om forbruk av helsetjenester. Spania er et unntak, hvor man ikke korrigerer for behovsfaktorer, men kun ser på antall innbyggere.

5.2 Sverige

I 1993 ble det innført et nytt overføringssystem til svenske kommuner og landsting. Etter innføringen i 1993, har systemet blitt revidert i flere omganger. Den siste revisjonen skjedde i 2005 (Kommunalekonomisk utjämning, mars 2005). Det overordnede formålet med systemet er å utjevne kommunenes og landstingenes økonomiske forutsetninger for et likeverdig tjenestetilbud. Inntektssystemet består av fem hovedkomponenter: inntektsutjevning, kostnadsutjevning, strukturtilskudd, en overgangordning og et reguleringstilskudd/en reguleringsavgift.

Kommunene og landstingene har et oppgavespekter som omfatter mer enn helsetjenester. Når det gjelder helsetjenester har dagens 290 kommuner ansvar for pleie og omsorg av eldre og funksjonshemmede, mens de 18 landstingene⁶ har ansvar for allmennlegetjenester og spesialisthelsetjeneste (somatikk og psykiatri) og tannhelse for personer opp til 20 år. Over 90 pst. av landstingenes utgifter går til helsetjenester.

⁶ Det er 18 landsting, 2 regioner og Gotland som har særstatus.

Landstingenes inntektskilder består av egne utskrevne skatter samt overføringer fra staten gjennom inntektssystemet. I gjennomsnitt finansieres om lag 70 pst. av landstingenens kostnader av egne utskrevne skatter. Inntektssystemet fra staten dekker de resterende kostnader.

Videre omtales kostnadsutjevningen for landstingene som utgjør en av de fem hovedkomponentene i inntektssystemet. Kostnadsutjevningen utjevner strukturelle kostnadsulikheter av to slag: ulikheter i behov og kostnader. Eksempel på en behovsforskjell er høyere andel eldre, mens spredtbygde strøk og dermed høyere reisekostnader er et eksempel på en kostnadsforskjell. Landsting med en uhensiktsmessig kostnadsstruktur får et bidrag av staten, mens landsting med en hensiktsmessig kostnadsstruktur må betale til staten. Kostnadsutjevningen er statsfinansiell nøytral, da summen av bidrag og innbetaling skal være like stor. I 2005 var størrelsen på bidraget og avgiften om lag 1,2 mrd. kroner hver.

Kostnadsutjevningskomponenten består av to delmodeller og dermed to standardkostnader; helsetjeneste og kollektivtrafikk. Helsetjenestemodellen er basert på gjennomsnittlige kostnader for personer i omsorgstunge diagnosegrupper og gjennomsnittlige kostnader for den øvrige befolkningen fordelt etter kjønn, alder, sysselsettingsstatus, inntekt og botype (SOU 1998:151). I tillegg dekkes merkostnader som følge av spredtbygdhet. Kriteriene er nærmere bestemt følgende:

- Ni omsorgstunge diagnosegrupper (ondartet kreftsykdom, hjerneslag, leddgikt, slitasjegikt, hjertesykdom/hjertesvikt, hoftebrudd, schizofreni, andre psykoser, hiv).
- Alder (0 år, 1-4 år, 5-9 år osv.).
- Sivilstand (barn og gifte voksne, tidligere gifte, ugifte).
- Sysselsettingsstatus (bl.a. inntektsgivende arbeid eller ikke).
- Inntekt (nullinntektsmottakere, inntekt under mediannivå, inntekt over mediannivå).
- Botype (småbruk eller jordbruk, øvrige).
- Spredtbygdhet (merkostnader for sykehus, primærhelsetjeneste, ambulansevirkosomhet og sykereiser - alt etter bosettingsmønster og befolkningsunderlag).

I utredningsarbeidet er det ikke funnet noen tydelig sammenheng mellom etnisk faktor og merkostnader av strukturell karakter. Også utdanningsnivå er testet, men er ikke tatt med, fordi det ga lite ekstra informasjon.

Beregningene av behov er gjort med utgangspunkt i en ratio-modell⁷ der konsumet kan beskrives for ulike grupper av befolkningen i hvert landsting. Summeres kostnadene for alle grupper får en beregnet total kostnad for hvert landsting gitt befolkningens sammensetning. Det er utviklet to delmatriser, en for omsorgstunge diagnosegrupper og en for den øvrige delen av befolkningen som utgjør om lag 95 pst. I tillegg er det gjort egne beregninger av landstingenes merkostnader i spredtbygde strøk basert på fire hovedkomponenter. For eksempel er det for komponenten sykehus beregnet merkostnader for en type akuttisykehus med befolkningsunderlag under 75 000 personer. Når det gjelder merkostnader for

⁷ I kapittel 6 er det gitt en beskrivelse av ulike typer av metoder.

komponenten ambulansevirksomhet går en ut fra at ambulansestasjoner med et befolkningsunderlag under 10 000 personer har høyere kostnader.

Summen av et landstings standardkostnader utgjør landstingets strukturstyringskostnad. Landsting som har en strukturstyringskostnad som er høyere enn landsgjennomsnittet, får et tillegg tilsvarende differansen mellom landstingenes strukturstyringskostnad og landsgjennomsnittets strukturstyringskostnad, mens landsting som har en strukturstyringskostnad som er lavere enn landsgjennomsnittet, får et fratrekk tilsvarende differansen mellom landstingenes strukturstyringskostnad og landsgjennomsnittets strukturstyringskostnad.

Landstingene har ansvaret for legemidler. Staten finansierer imidlertid hoveddelen gjennom et eget statsbidrag. I 2005 utgjorde statsbidraget 20 mrd. kroner. Statsbidraget fordeles til det enkelte landsting gjennom en egen fordelingsmodell som skal avspeile behovsforskjeller og ikke faktisk forbruk. Kostnadsutjevning for legemidler skjer i et særskilt system helt frikoblet fra det ordinære inntektssystemet. Modellen baserer seg på forbruk av legemidler i ulike aldersgrupper gitt kjønn, men tar også hensyn til sosioøkonomiske forhold som bl.a. inntekt, sysselsetting og sivilstand. Videre gis et særlig bidrag for visse kostnadskreven legemidler som er skjevt fordelt mellom landstingene. Dette gjelder visse arvelige sykdommer samt forekomsten av hiv.

Den parlamentarisk nedsatte "Ansvarskommittén" avga sin betenkning i februar 2007 (SOU 2007:10). Komiteens oppdrag var flere, men de skulle også vurdere og ev. foreslå forandringer av strukturen og oppgavefordeling mellom stat, landsting og kommuner. I sin betenkning foreslår komiteen bl.a. at det opprettes 6-9 direktevalgte regionkommuner som skal erstatte dagens 21 landsting. De nye regionkommunene foreslås å overta ansvaret for helsetjenesten fra landstingene. Rapporten har vært på høring høsten 2007.

5.3 Danmark

Danmark gjennomførte "Kommunalreformen" fra 1. januar 2007 (Info om kommunalreformen, desember 2006). Antall kommuner ble redusert til 98 og amtskommunene, som bl.a. hadde ansvar for sykehusene, ble nedlagt. Det ble opprettet fem nye regioner som hver har et demokratisk valgt organ kalt Regionsrådet.

Ansvaret for helsetjenester er delt mellom kommunene og regionene;

- Kommunene har bl.a. ansvar for eldrepleie, hjemmesykepleie, forebygging, behandling av alkohol- og stoffmisbruk og tannpleie.
- Regionene har ansvar for sykehusene, behandlende psykiatri, allmennhelsetjenesten, spesialistlegene og medisintilskudd.

De nye regionene kan ikke skrive ut skatter selv, men får sine inntekter fra staten og kommunene. Regionene har tre ansvarsområder, deriblant helse. For hvert av de tre ansvarsområdene er det etablert et øremerket inntektssystem. Regionene har ikke anledning til å overføre inntekter mellom områdene, men ubrukte midler på et område kan overføres til senere bruk.

Regionenes helseutgifter finansieres via fire tilskudd: et kommunalt grunnbidrag, et kommunalt aktivitetsavhengig bidrag, et statlig aktivitetsbestemt tilskudd og et rammetilskudd fra staten.

Kommunenes medfinansiering av regionene er ny fra 2007. Formålet er å gi kommunene, som har ansvar for forebygging, pleie og egentrening, et større ansvar for helsen til sine innbyggere. Det kommunale grunnbidraget ble fastsatt til 1102 kroner per innbygger i 2007. Det kommunale aktivitetsavhengige bidraget avhenger av innbyggernes bruk av helsetjenester i regionene. Dermed belønnes de kommuner, som via en effektiv forebyggings- og pleieinnsats reduserer behovet for sykehusinnleggelser osv. Det er anslått at kommunenes grunnbidrag og det aktivitetsavhengige bidraget samlet utgjør om lag 20 pst. av regionenes helseutgifter.

Det statlige aktivitetsbestemte tilskuddet kan utgjøre opp til 5 pst. av regionenes helseutgifter. Formålet med den statlige aktivitetsbaserte finansieringen er å øke aktiviteten i sykehusene. Regionenes inntekter vil avhenge av i hvilket omfang regionene presterer en nærmere omtalt aktivitet. Tilskuddet er bestemt av det danske Casemix-systemet som bygger på DRG-systemet samt et eget system for somatisk poliklinikk.

Det statlige rammetilskuddet utgjør om lag 75 pst. av regionenes inntekter til helse og utgjør i 2008 nær 69 mrd. kroner (Generelle tilskudd til regionerne, juli 2007). Rammetilskuddet fordeles i 2008 mellom regionene med et fast tilskudd på 100 mill. kroner til hver region, etter regionenes aldersbestemte utgiftsbehov (0-4 år, 5-9 år, 10-14 år osv.) og etter regionenes sosioøkonomiske utgiftsbehov. De aldersbestemte variablene teller 77,5 pst. og de sosioøkonomiske variablene 22,5 pst. De sosioøkonomiske kriteriene er for 2008 følgende:

- Antall barn av enslige forsørgere (15 pst.).
- Antall enslige i aldersgruppen 65 år og over (25 pst.).
- Antall personer i utleieboliger (15 pst.).
- Antall familier på overføringsinntekt (17,5 pst.).
- Beregnet antall tapte leveår oppgjort i forhold til den region, som har den høyeste middellevetid (10 pst.).
- Antall diagnostiserte psykiatriske pasienter med diagnosen schizofreni, som i en periode på 10 år har vært i kontakt med det psykiatriske sykehusvesen (5 pst.).
- Antall innbyggere på øyer uten fast forbindelse (2,5 pst.).
- Gjennomsnittlig reisetid til 18.000 innbyggere multiplisert med antall innbyggere (5 pst.).

Det er etablert en overgangsordning for årene 2007-2011 som innebærer at regioner med et beregnet overskudd på helseområdet betaler til regioner med et beregnet underskudd på helseområdet. Overskudd og underskudd beregnes av Indenrigs- og Sundhetsministeriet, og er basert på regnskaper fra amtskommunene fra 2005.

5.4 Storbritannia

Siden 1948 har det offentlige tilbudet av helsetjenester i Storbritannia vært skilt ut som en egen statseid og offentlig finansiert institusjon, the National Health Service (NHS). Ansvaret for helsetjenester er tillagt hvert enkelt land i Storbritannia, dvs. England, Nord-Irland, Skottland og Wales. Videre er det etablert ansvarsbærende

regionale enheter i hvert av disse landene ("Primary Care Trusts" i England, "Health Boards" i Skottland, "Local Health Boards" i Wales og "Primary care partnerships" i Nord-Irland). Utvalget har valgt å beskrive inntektsfordelingssystemene i England og i Skottland.

5.4.1 England

I England har 152 Primary Care Trusts (PCT) bestilleransvar på vegne av befolkningen i sine områder for både spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester.

Utvalget gir her en kort beskrivelse av behovsindeksen⁸ for sykehus mv eller "Hospital and Community Health Services" (HCHS) (Resource Allocation: Weighted Capitation Formula, mai 2005). Inntektene til PCTene blir fordelt i form av en budsjetttramme. Systemet er basert på behovsindekser som viser relativt ressursbehov til det enkelte PCT i forhold til landsgjennomsnittet.

Behovsindeksen for HCHS er sammensatt av tre delindekser:

1. Alder (0-4 år, 5-15 år, 16-44 år, 45-64 år, 65-74 år, 75-84 år, 85 år og over).
2. Tilleggsbehov. Her er det utarbeidet to separate indekser for: "akutthjelp og fødsler" (bl.a. dødelighet for personer under 75 år, andel nyfødte med lav fødselsvekt, fødselsrate og andel over 75 år som lever alene) samt "psykisk helsebehov" (bl.a. dødelighet for personer under 65 år og andel av personer over 60 år som krever inntektsstøtte).

I analysene som ligger til grunn for delindeksene for "akutthjelp og fødsler" og "psykisk helsebehov" er det tatt hensyn til tilbudssideeffekter og udekte behov.

Tilbudssideeffektene for "akutthjelp og fødsler" omfatter gjennomsnittlig ventetid, avstand til GP/fastlege, avstand til sykehus, polikliniske pasienter sett <13 uker, alders/sykehjem, tilgangen til private, antall sykehussenger og avstand til fødselssykehus. Tilbudssideeffektene for "psykisk helsebehov" omfatter avstanden til psykiatrisk sykehus. Det blir kontrollert for tilbudssideeffekten i analysene, men variablene inngår ikke som kriterier i modellen.

Udekte behov er analysert ved bruk av data fra nasjonal helseundersøkelse. Denne har mange fellestrekk med SSBs helseundersøkelse. I analysene ser en om ulike sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer og etnisk tilhørighet påvirker bruk av helsetjenester etter kontroll for selvrappport sykdom (morbiditet). Selvrappport sykdom benyttes til å konstruere morbiditetsindikatorer. For somatikk er tre morbiditetsindikatorer inkludert, mens en er inkludert for psykisk helsevern.

3. Kostnader knyttet til tilbud av helsetjenester. Her er det utarbeidet to separate indekser. En er knyttet til lokale markedsforhold (personalkostnader, eiendomskostnader, bygningskostnader). Den andre gjelder ambulansetransportkostnader.

⁸ I kapittel 6 er det gitt en nærmere beskrivelse av hva en behovsindeks er.

Den samlede behovsindeksen for hver PCT fås ved å multiplisere delindeksene.

Det er benyttet ulike metoder⁹ for hver av indeksene. Den første indeksen (alder) er basert på ratio-metoden. Indeksen for tilleggsbehov er basert på ”small-area” analyser av forbruksvariasjoner. Valgkrets er brukt som analysenivå. Det er lagt ned et betydelig arbeid for å analysere og ta høyde for tilbudssideeffekter og udekte behov. Tilbudssideeffekter er håndtert i analysene ved dummy variabler. Udekte behov er analysert ved bruk av data fra nasjonal helseundersøkelse der en har analysert om ulike sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer og etnisk tilhørighet påvirker bruk av helsetjenester etter kontroll for selvrapportert sykdom (morbiditet). Opplysninger om selvrapportert sykdom er benyttet til å konstruere morbiditetsindikatorer på valgkretsnivå. Estimerte morbiditetsindekser for utvalgte pasientgrupper er så inkludert i analysene av forbruksvariasjoner og også inkludert som kriterier i behovsindeksen.

5.4.2 Skottland

I Skottland har 14 National Health Boards (NHS Boards) ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten. Et inntektssystem som kalles ”the Arbutnott Formula” ble tatt i bruk fra 2000 (Fair Shares for all, september 2000). Inntektssystemet i Skottland dekker finansiering av enkelte tjenester som går utover spesialisthelsetjenesten (bl.a. primærhelsetjenester).

Som i det engelske, baserer det skotske inntektssystemet seg på behovsindeks. Det er utarbeidet en behovsindeks for hvert NHS Board som justerer for følgende fire faktorer:

- Andelen av befolkningen som bor i hvert NHS Board.
- Kjønn og aldersgrupper.
- Nivå på fattigdom (morbiditet og ulike livstilstander) gjennom the “Arbutnott Index”.
- En korreksjon for å ta hensyn til kostnadene for å tilby tjenester i spredtbygde strøk.

”The Arbutnott Index” består av fire indikatorer som ble funnet å være konsistent med bruken av helseressurser i ulike grupper av helsetjenester og diagnoser. De fire indikatorene er følgende:

1. Dødelighetsrater for personer under 65 år.
2. Arbeidsledighetsrater i den yrkesaktive del av befolkningen.
3. Andelen eldre med inntektsstøtte.
4. Husholdninger med to eller flere indikatorer på fattigdom. Til sammen har en seks mulig indikatorer på fattigdom; arbeidsledig eller langtidssykemeldt familieforsørger, familieforsørger som tilhører lav sosioøkonomisk gruppe, ekstra store husholdninger, store husholdninger, aleneforsørgere og kun eldre i husholdningen.

Korreksjonen for spredtbygghet forsøker å ta hensyn til at enkelte NHS Boards i gjennomsnitt har relativt høyere kostnader enn andre. For sykehustjenester fant en ut at den beste indikatoren var forholdet mellom vei målt i antall kilometer per 1000 innbyggere og de relative kostnadene av sykehustjenester i ulike NHS Boards.

⁹ I kapittel 6 er det gitt en nærmere forklaring på ulike typer av metoder.

Finansiering av kapitalressurser er basert på en metode som er en variant av ”the Arbuthnot Formula”.

5.5 Utvalgets oppsummering og vurdering

Utvalget har valgt å se nærmere på inntektssystemene i Sverige, Danmark, England og Skottland. Hensikten er først og fremst å se hvilke kriterier som brukes i inntektssystemene i disse landene. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten er ulik i landene, men en fellesnevner er at nasjonale myndigheter har delegert ansvaret for å tilby helsetjenester til regionalt eller lokalt nivå. For å fordele inntekter fra statlig nivå til ansvarlige aktører brukes modeller basert på behovskriterier.

Utvalget har merket seg følgende ved å sammenligne dagens norske inntektsfordelingssystem med det svenske, danske, engelske og skotske, jf. også tabell 5.1:

- I alle landene har alderskriterier stor betydning for beregnet utgiftsbehov.
- Det foreligger etter hvert omfattende litteratur som dokumenterer at sosiale og økonomiske forhold har betydning for befolkningens helsetilstand. Alle inntektssystemene som er vurdert, legger vekt på sosiale forhold i beregningen av utgiftsbehov. Det bør imidlertid nevnes at inntektssystemene utvalget har vurdert i varierende grad også inkluderer deler av primærhelsetjenesten. Det brukes ulike kriterier i de ulike landene, men de fleste av de nevnte land har med variabler som på en eller annen måte fanger opp sivilstand, utdanning eller inntektsnivå. Ingen land har variabler som beskriver innvandrere med som et kriterium.
- England og Skottland bruker dødelighet som et kriterium. Danmark har innført et kriterium som tar utgangspunkt i beregnet antall tapte leveår. I Norge falt dødelighet ut som et kriterium ved forrige gjennomgang.
- Alle land kompenserer for kostnadsulemper som skyldes et spredt bosettingsmønster. Dette er gjort på ulike måter i alle landene. I Norge har en som kjent basert seg på reisetid til sykehus. Et lignende kriterium brukes i Danmark – i tillegg til antall innbyggere på øyer uten fast forbindelse. I Sverige kompenseres merkostnader for sykehus etter bosettingsmønster og befolkningsunderlag. I England brukes ulike lokale kostnader (personell, eiendom og bygninger) og ambulansetransportkostnader som kriterier. I Skottland brukes vei målt i antall kilometer per 1000 innbyggere.

Etter å ha vurdert inntektssystemene i Sverige, Danmark, England og Skottland har utvalget merket seg at alle land baserer seg på de samme gruppene av kriterier: alder, sosioøkonomiske variable, ulike indikatorer for helsetilstand og kompensasjon for kostnadsulemper. Utvalget har derfor valgt å forfølge de samme gruppene av variabler i sine nye behovs- og kostnadsanalyser i kapittel 8 og 9. Som det framgår av kapittel 8, har utvalget gjennomført analyser av en rekke variabler som ikke inngår som kriterier i dagens norske inntektsfordelingssystem – bl.a. innvandrere og dødelighet.

Utvalget har, inspirert av systemet i England, valgt å presentere sine forslag som både kostnadsnøkler og ressursbehovsindekser fordi dette vil bidra til en modell som er klarere, mer forutsigbar og som vil ha høyere legitimitet enn en modell hvor alt presenteres som én felles kostnadsnøkkel.

Endelig vil utvalget nevne klima- og bostedsvariabler (temperatur, nedbør og breddegrad) som utvalget har brukt en del tid på å vurdere. Som det framgår av gjennomgangen over er det ingen av disse landene som bruke klimavariabler til fordeling av inntekter.

Tabell 5.1 Inntektssystemer i enkelte land. Kriterieoversikt. 2007.

Land (modell)	Aktører	Kriterier	Annet
Norge (statlig)	4 regionale helseforetak med ansvar for spesialisthelsetjeneste	Kostnadsnøkkel somatikk: Alder Reisetid Kostnadsnøkkel psykisk helsevern: Alder Ekteskap Mottar uføretrygd Mottar sosialhjelp Utdanning Flytting (flytterater for døgnpasienter i voksenpsykiatrien)	Ingen egne skatteinntekter Aktivitetsfinansiering (ISF og poliklinikk)
Sverige (lokal)	18 landsting med ansvar for allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjeneste	Omsorgstunge diagnosegrupper Alder Kjønn Sivilstand Sysselsettingsstatus Inntekt Botype Spredtbygdhet (sykehus, primærhelsetjeneste, ambulansevirksomhet og sykereiser)	Egne skatteinntekter står for om lag 70 pst. av inntektene. Enkelte landsting har aktivitetsfinansiering overfor egne sykehus
Danmark (lokal)	5 regioner med ansvar for allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjeneste	Alder Barn av enslige forsørgere Enslige over 65 år Personer i utleieboliger Familier på overføringsinntekt Tapte leveår Pasienter med diagnosen schizofreni Innbyggere på øyer uten fast forbindelse Reisetid	Ingen egne skatteinntekter Betaling forbruk fra kommunene (om lag 20 pst). Statlig aktivitetsfinansiering på 5 pst. av sykehus
England (statlig)	152 Primary Care Trusts med ansvar for primær- og spesialisthelsetjeneste	Aldersindeks: Alder Tilleggsbehovsindeks: Dødelighet for personer under 75 år Nyfødte med lav fødselsvekt Fødselsrate Aleneboere over 75 år Dødelighet for personer under 65 år Personer over 60 år med inntektsstøtte En kostnadsindeks for	Ingen egne skatteinntekter

		personalkostnader, eiendomskostnader og byggningskostnader Kostnadsindeks for ambulansetransportkostnader	
Skottland (statlig)	14 National Heath Boards med ansvar for primær- og spesialisthelsetjeneste	Alder Kjønn Nivå på fattigdom gjennom "the Arbuthnott Index" (dødelighet for personer under 65 år, arbeidsledighetsrate, eldre som har inntektsstøtte og husholdninger med to eller flere indikatorer på fattigdom) Spredtbygde strøk (kilometer vei per innbygger)	Ingen egne skatteinntekter

6. Mål, prinsipper og metoder for utforming av inntektssystemet

6.1 Målet for inntektssystemet

Inntektsfordelingssystemet for de fire regionale helseforetakene er et system for relativ fordeling av basisdelen av deres inntekter. Utvalgets mandat er ”å komme fram til et mest mulig enkelt og rettferdig system”. Et rettferdig system fordeler inntektene mellom de regionale helseforetak basert på relativt ressursbehov, og sier ingenting om samlet ressursbehov i sektoren. Samlet ressursbehov i spesialisthelsetjenesten er en politisk beslutning om ressursfordeling mellom ulike samfunnsområder. At systemet skal være enkelt, vil etter utvalgets oppfatning innebære at det skal være forståelig og at det skal være mulig å etterprøve på hvilken måte man kommer fram til de regionale helseforetakenes andel av samlede inntekter. Utvalget har videre lagt vekt på at modellen skal være enkel å oppdatere og at den skal baseres på tilgjengelig statistikk.

Utgangspunktet for inntektsfordelingen er regionale helseforetaks ”sørge for”-ansvar. Dette ansvaret er knyttet til befolkningen i den enkelte region. Utvalget viser til mandatet hvor det heter: ”Regjeringens mål er at alle skal ha god tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Brukerne av helsetjenester skal bli tilbudt gode tjenester til lavest mulig kostnad.” Dette definerer relativt ressursbehov mellom regionene. Inntektsfordelingen skal sikre at regionale helseforetak er i stand til å tilby innbyggerne i de ulike regionene likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester.

Prospektive inntektsfordelingssystemer som tar utgangspunkt i antall innbyggere som skal betjenes er vanligvis betraktet som mest rettferdig, noe som er avgjørende for oppslutning og etterlevelse av systemet. Dersom behovet for tjenester per innbygger og kostnadene ved å framskaffe tjenester ikke varierer mellom regionene, så vil et mest mulig enkelt og rettferdig inntektsfordelingssystem være et system som fordeler inntekter etter innbyggertall i regionene (lik inntekt per innbygger). Dersom behov og kostnader varierer mellom regionene, vil imidlertid en fordeling basert kun på innbyggertall gi systematiske skjevheter i inntektsfordelingen, sett i forhold til faktisk ressursbehov.

Dagens kostnadsnøkler, jf. Hagen-utvalgets forslag, fanger opp forhold ved befolkningen som reelt påvirker behovet for spesialisthelsetjenester, og variasjoner i kostnader forbundet med å gi et likeverdig tjenestetilbud i hele landet. Utvalget skal foreta en fornyet vurdering av følgende:

- Er behovet for spesialisthelsetjenester per innbygger forskjellig i regionene?
- Er kostnadene ved å framskaffe tjenester forskjellig?

Utvalget har hatt som overordnet mål for sitt arbeid at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å kunne gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Utvalget vil videre 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.

6.2 Utvalgets tilnærming

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.

6.2.1 Om analyser av behov for helsetjenester

Et individs behov for helsetjenester kan ikke observeres direkte. Dette innebærer at det heller ikke vil være mulig å objektivt bestemme når to individer eller to grupper av individer har ”lik behovsdekning”. Dette kan illustreres gjennom to ulike prinsipper for fordeling av ressurser mellom individer; prinsippet om *størst mulig likhet i helse* og prinsippet om *størst mulig helsegevinst*. Disse to prinsippene vil gi kunne gi opphav til to forskjellige fordelinger av ressurser, jf. boks 6.1.

Boks 6.1 Prinsipper for fordeling av ressurser mellom individer.

A har dårlig helse og kan også ha lite helsemessig utbytte av behandling.

B har god helse og kan også ha stort helsemessig utbytte av behandling.

Prinsippet om størst mulig likhet i helse vil tilsi at vi tilgodeser A, fordi dette vil utjevne helseforskjellene. Prinsippet om størst mulig helsegevinst vil tilsi at vi tilgodeser B.

Dette dilemmaet mellom likhet (utjevning av helse) og effektivitet (størst mulig helsegevinst per krone) er i norsk helsetjeneste også reflektert i Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd (prioriteringsforskriften). I forskriftens § 2 heter det:

”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.”

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som f.eks. næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

En vektlegging av alvorlighet, slik det beskrives i pkt. 1, betyr at man ønsker å prioritere de som har dårligst helse, og kan tolkes som et ønske om å utjevne helseforskjeller. En vektlegging av helseeffekt (pkt. 2) kan tolkes som et ønske om størst mulig helsegevinst.

Utvalget har valgt å ikke gå dypt inn i denne problemstillingen, men analyserer forskjeller i behov for helsetjenester med utgangspunkt i forskjeller i forbruk av tjenester. I dette ligger dermed en antagelse om at relative forskjeller i forbruk reflekterer de samme relative forskjellene i behov. Dette behøver ikke være tilfelle dersom a) de som forbruker helsetjenester ikke er de som har størst behov, slik dette f.eks. vil defineres gjennom prioriteringsforskriften, eller b) det er grupper i befolkningen som systematisk har et underforbruk av helsetjenester eller c) det observerte forbruket bestemmes av nivået på tilbudet. For å undersøke det første forholdet har utvalget gjennomført analyser. Analysenes formål er å se om en kan fastslå om en fordeling av inntekter basert på dagens forbruksmønster vil være

vesensforskjellig fra en fordeling som baseres på forbruket av helsetjenester blant den gruppen som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. I kapittel 8 redegjøres det kort for disse analysene. Det redegjøres også i forbindelse med analysene for mulige problemer knyttet til systematisk underforbruk av tjenester. Utvalgets håndtering av forskjeller i størrelsen på tilbudet er beskrevet i kapittel 6.3.2.3.

6.3 Metoder for å fange opp relative forskjeller i behov for helsetjenester

6.3.1 Behov, forbruk og analytisk tilnærming

6.3.1.1 Statistiske kontra normative tilnærminger

Utvalget er i mandatet bedt om å ”legge vekt på ny forskning og utredning, nye data og metoder”. Det er en betydelig utfordring å kvantifisere forskjeller i relativt utgiftsbehov mellom geografiske områder. Utvalget har vurdert to ulike tilnærminger:

- Den normative metoden.
- Den statistiske metoden.

Den viktigste forskjellen mellom disse to tilnærmingene er informasjonsgrunnlaget som benyttes for å vurdere betydningen av kostnads- og etterspørselsforhold. Den normative metoden etablerer kriterier for utjevning basert på normer for tjenesteproduksjonen, mens den statistiske metoden tar utgangspunkt i den faktiske tjenesteproduksjonen.

Fordelen med den normative metoden er at den kan baseres på opplysninger om forekomst av sykdom, og samtidig rendyrke effekten av ufrivillige kostnadsforhold og befolkningsfaktorer. I analyser av befolkningsfaktorer benyttes de samme normerte dekningsgrader og normert ressursinnsats per bruker, mens det i analyser av kostnadsforhold kan forutsettes lik kvalitet på tjenestene og samme effektivitet i bruken av ressursene. Videre vil den normative metoden ta direkte hensyn til vedtatte minstestandarder og normerte ytelser i tjenestetilbudet. Ulempen ved den normative metoden er i første rekke at den er svært ressurskrevende. På de fleste områder finnes i dag ikke normbaserte modeller, og utvalget har vurdert det som svært ressurskrevende å utvikle slike modeller for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For bilambulanser har utvalget imidlertid kunne bygge på et tidligere arbeide som har vært utført av SINTEF Teknologi og samfunn. Dette arbeidet er på oppdrag fra utvalget nå utvidet til å gjelde alle de fire regionale helseforetakene. For bilambulanser baserer derfor utvalget sitt forslag på en normbasert modell.

Statistiske analyser benyttes for å avdekke systematiske sammenhenger mellom forbruk av helsetjenester og karakteristika ved befolkningen og mellom helseforetakenes faktiske ressursbruk og ufrivillige kostnads- og etterspørselsforhold. Statistiske analyser gjenspeiler helseforetakets tilpasning til faktiske rammebetingelser, noe som både er en styrke og en svakhet. Styrken er at en ikke behøver å etablere normer i situasjoner hvor det ikke foreligger normer som er nedfelt i lov- og regelverk. På den andre siden vil ikke statistiske analyser fange opp betydningen av faktorer som ikke slår systematisk gjennom i helseforetakenes faktiske prioriteringer eller kostnader.

I dagens kostnadsnøkler, jf. Hagen-utvalget, er både kostnadsnøkkelen for somatikk og psykisk helsevern basert på statistiske analyser. Ingen er basert på normative modeller. Utvalget har i sitt arbeid basert sin vurdering av behov for ressurser til deler av de prehospitale tjenestene (bilambulanse) på en normativ modell (kapittel 8.4). For øvrig bruker utvalget statistiske analyser som grunnlag for sine forslag.

6.3.1.2 Nærmere om behov, etterspørsel og forbruk

Utgangspunktet for å vurdere behov for helsetjenester på regionnivå, er behovet på individnivå. Vurderinger av hva som bestemmer behovet for ulike helsetjenester vil generelt være subjektive. En vanlig forutsetning er at et individs behov avhenger av nåværende helsestatus som, sammen med dagens medisinske teknologi, bestemmer deres evne/mulighet til å nyttiggjøre seg av helsetjenester (Sutton mfl., 2002). Helsestatus og muligheten til å dra nytte av helsetjenester vil kunne variere med faktorer som alder og sosioøkonomiske forhold.

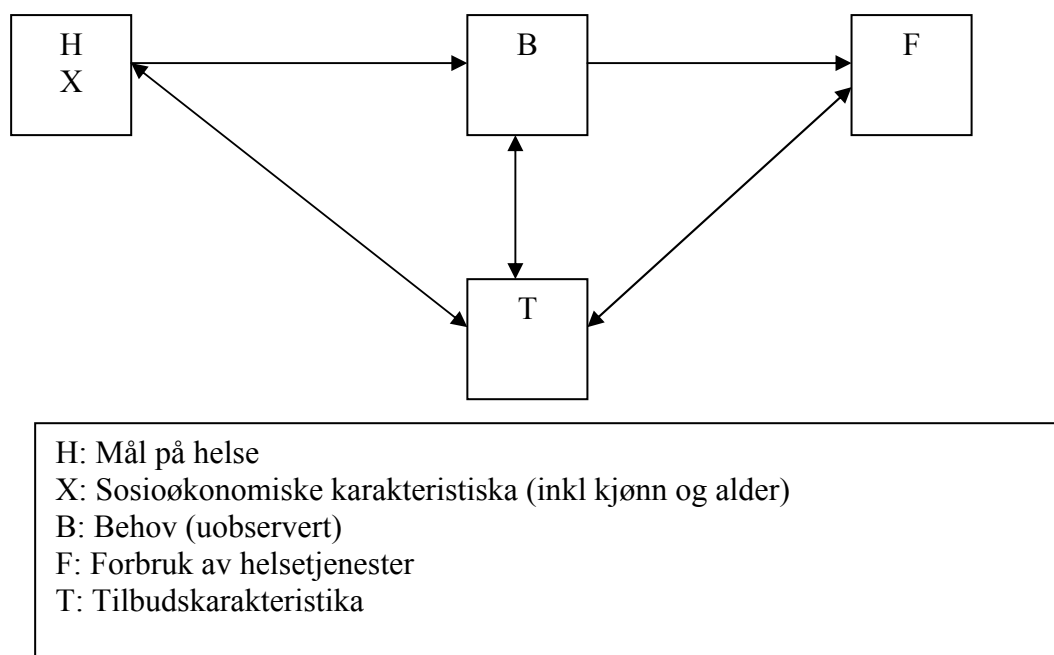
Skjematisk kan utgangspunktet for metodediskusjonen framstilles som i figur 6.1. Figuren er basert på Sutton mfl. (2002). Behov for helsetjenester oppstår som følge av skade, sykdom eller lidelser. Helsetilstand vil derfor være en bakenforliggende variabel for behov for helsetjenester. Alder, kjønn og sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer vil kunne påvirke behovet for helsetjenester indirekte ved at det har betydning for helsetilstand, eller direkte ved at behovet for helsetjenester gitt helsetilstand varierer med slike personkarakteristika. Behovet for helsetjenester vil på den annen side være en bakenforliggende forklaring på forbruket av helsetjenester.

Tilbudet av helsetjenester vil kunne ha betydning på flere måter. Så lenge etterspørselen etter helsetjenester er større enn tilbudet, vil forbruket bli bestemt av nivået på tilbudet. Tilbudssiden vil også indirekte påvirke forbruket gjennom betydning for behov. Gjennom forebygging og kurering vil helsevesenet bidra til å redusere behov, men et godt utbygd helsevesen og utvikling av ny medisinsk teknologi kan også bidra til å avdekke behov eller også skape nye behov (ev. ny etterspørsel). Nye behov kan oppstå ved at kjent forekomst øker og at hvilke tilstander som behandles eller terskelen for behandling endres. Det er også rimelig anerkjent at deler av helsetjenesteforbruket i rike land kan ha preg av sosialt konsum, i den forstand at dette forbruket ikke nødvendigvis er medisinsk indisert, men representerer ulike varianter av ”for sikkerhets skyld”-medisin.

Som nevnt vil behov være gjenstand for subjektive vurderinger. I framstillingen her er etterspørsel brakt inn som en mellomliggende variabel mellom behov og forbruk. En forenklende måte å betrakte forholdet mellom størrelsene på er å definere:

$$\begin{array}{ll} \text{Behov} = \text{Etterspørsel} & \text{hvis ikke tilbudsbeskrankninger} \\ \text{Etterspørsel} = \text{Forbruk} & \text{hvis tilbud} > \text{etterspørsel} \end{array}$$

Det vil si at man uten tilbudsbeskrankninger vil observere behovet gjennom forbruk.



Figur 6.1 Sammenheng mellom helse, sosioøkonomiske faktorer, behov for, tilbud av og forbruk av helsetjenester.

I den grad forskjeller i forventet individuelt behov lar seg forklare av forskjeller i kjennetegn ved personen som alder, kjønn og sosiale forhold kan dette tas inn i et innbyggertallsbasert inntektsfordelingssystem. Dette gjøres ved å korrigere inntekt per innbygger med utgangspunkt i forventet relativt ressursbehov for regionene basert på befolkningsandeler med disse kjennetegnene i regionene. De avgjørende spørsmålene er da:

- Hvilke personkarakteristika påvirker forventet behov?
- Hvilken vekt skal man legge på de ulike behovsfaktorene?

Det er mange mulige innfallsvinkler til å besvare disse spørsmålene. Gitt at behovet ikke er observerbart, kan man tilnærme seg dette på to måter:

- Ved å studere mål på helsetilstand.
- Ved å studere mål på forbruk.

Man kan også velge tilnærminger hvor begge typer data utnyttes.

Epidemiologiske data vil gi en beskrivelse av forekomst av ulike helseplager/sykdommer i en befolkningsgruppe. Slike opplysninger om forekomst vil ikke nødvendigvis være relatert til faktisk forbruk, og epidemiologiske data regnes derfor som mer presise enn forbruksdata når man skal fastlegge faktisk behov.

Utvalget har vurdert muligheten for bruk av epidemiologiske data, både gjennom SSBs helseundersøkelse og gjennom lokale helseundersøkelser. Når utvalget isteden har valgt å basere sine analyser på forbruksdata skyldes det i hovedsak tre forhold. For det første kan nasjonale og regionale helseundersøkelser ha potensielle problemer knyttet til representativitet. Dels vil det kunne være usikkerhet om forståelsen av forekomst av en tilstand, og også kulturelle og geografiske variasjoner i hvordan dette

måles. Det er også utfordringer knyttet til selvrapportering. For det andre vil data fra medisinske registre omfatte svært avgrensede områder eller pasientgrupper. For det tredje kan det være vanskelig å koble data over forekomst av sykdommer til behov for spesialisthelsetjenester. Utvalgets vurdering er derfor at data over faktisk forbruk av helsetjenester p.t. gir et bedre grunnlag for å analysere forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester mellom de fire regionale helseforetakene.

6.3.2 Ulike metodiske tilnærminger

I dette avsnittet beskrives metoder hvor forbruk av helsetjenester danner utgangspunkt for å beregne relativt behov. Det skilles mellom (i) metoder basert på opplysninger om forbruk hos individer (individdata) og (ii) metoder basert på forbruk hos grupper av individer (aggregerte data). En beskrivelse av dette finnes i Rice og Smith (2001).

Dersom man ikke har tilgang til ett samlet mål på forbruk for alle pasientgrupper og man derfor benytter flere forbruksmål må, i likhet med metoder basert på epidemiologiske data, de ulike målene veies sammen når man skal beregne (relativt) ressursbehov i regionene. Et naturlig valg for veievariabel er da kostnad per aktivitet eller kostnadsandeler for de ulike pasientgruppene.

6.3.2.1 Metoder basert på individdata: Ratio-metoden

I denne tilnærmingen benyttes data om forbruk av helsetjenester i ulike befolkningsgrupper til å beregne relativt ressursbehov mellom regionene. Framgangsmåten kombinerer individdata og aggregerte data. Metoden krever individdata som inneholder opplysninger om forbruk og personkarakteristika. Den krever imidlertid ikke at individdataene inneholder bostedsopplysninger for å identifisere regiontilknytning. De samme bakgrunnsopplysningene som benyttes fra individdata må imidlertid kunne framskaffes på regionnivå.

Metodikken for å beregne relativt ressursbehov kan kort beskrives slik:

- Bruke data på forbruk i grupper med forskjellige forbruksrater (f.eks. basert på alder og inntekt) nasjonalt (eller i et utvalg).
- Multipliser nasjonale forbruksrater for gruppene med befolkningsandeler i gruppene på regionnivå og summer over gruppene for å få estimat på forbruk på regionnivå.
- Relativt ressursbehov beregnes som estimert samlet forbruksrate i regionen dividert på estimert nasjonal forbruksrate.

Dersom det er flere forbruksmål, kommer i tillegg:

- Finn data på kostnader for de ulike pasientgruppene/aktivitetene på landsbasis og beregn gjennomsnittskostnad.
- Estimert gjennomsnittlig ressursbehov for hver pasientgruppe finnes ved å multiplisere estimert forbruksrate med gjennomsnittskostnad.
- Samlet gjennomsnittlig ressursbehov finnes ved å legge sammen gjennomsnittlig ressursbehov for hver pasientgruppe.
- Relativt ressursbehov beregnes som gjennomsnittlig ressursbehov i regionen dividert på gjennomsnittlig ressursbehov på landsbasis.

Boks 6.2 Eksempel på ratio-metoden.

Utgangspunktet er en matrise, hvor hver celle gir forventet forbruk for personer med gitt kombinasjon av kjennetegn. Nedenfor vises et eksempel med to kjennetegn (inntekt og alder).

Forbruksrater i datamaterialet					
	Rike	Fattige			
Unge	0,080	0,187			
Eldre	0,180	0,420			
Befolknings- andeler					Relativt ressurs- behov
	Rike	Fattige	Predikert forbruk per innbygger		
Region A					
Unge	0,22	0,33	(0,22*0,08 + 0,33*0,187 +0,18*0,18 +0,27*0,42)*100=	0,225	1,13
Eldre	0,18	0,27			
Region B					
Unge	0,38	0,27	(0,38*0,08 + 0,27*0,187 +0,24*0,18 +0,13*0,42)*100=	0,175	0,88
Eldre	0,22	0,13			
Landet					
Unge	0,30	0,30	(0,30*0,08 + 0,30*0,187 +0,20*0,18 +0,20*0,42)*100=	0,200	1,00
Eldre	0,20	0,20			

Jo flere bakgrunnsvariabler som benyttes jo større bli matrisen og jo mer kompleks blir modellen. Anta en modell med sju aldersgrupper, to inntektsgrupper, tre utdanningskategorier og to uførekategorier. Da vil antall mulige kombinasjoner være $7 \times 2 \times 3 \times 2 = 84$ celler. Antall celler kan reduseres ved å teste om det er forskjell i forbruksrater mellom tilstøtende celler, og slå sammen celler dersom forbruksratene er like. En alternativ framgangsmåte for å forenkle modellen er å anta at betydningen av de ulike bakgrunnsvariablene er uavhengige av hverandre.

Boks 6.3 Eksempel på regresjonsanalyse.

Eksempel med to behovsvariabler (alder og inntekt):

La:

y_i =forbruksrate i område i

x_i =andel eldre i befolkningen i område i

z_i =andel fattige i befolkningen i område i

Y =gjennomsnittlig forbruk nasjonalt (i datamaterialet)

X =andel eldre i befolkningen nasjonalt (i datamaterialet)

Z =andel fattige i befolkningen nasjonalt (i datamaterialet)

Følgende sammenheng antas:

$$(1) y_i = \alpha + \beta x_i + \delta z_i + \epsilon_i$$

Hvor ϵ_i er tilfeldig variasjon i forbruk.

Regresjonsanalysen gir estimerer på α , β og δ henholdsvis, a, b og d. Estimert forbruk i område j (Y_j) er da gitt ved:

$$(2) Y_j = a + b \cdot x_j + d \cdot z_j$$

Relativt ressursbehov i område j er da gitt ved: Y_j/Y .

Estimerte koeffisienter:			
a=	0,01		
b=	0,25		
d=	0,18		
	Befolkningsandeler	Estimert forbruk	Relativt ressursbehov
Region A			
Eldre	0,45	$(0,01 + 0,45 \cdot 0,25 + 0,60 \cdot 0,18) \cdot 100 =$	0,23
Fattige	0,60		
			1,15
Region B			
Eldre	0,35	$(0,01 + 0,35 \cdot 0,25 + 0,40 \cdot 0,18) \cdot 100 =$	0,17
Fattige	0,40		
			0,85
Landet			
Eldre	0,40	$(0,01 + 0,40 \cdot 0,25 + 0,50 \cdot 0,18) \cdot 100 =$	0,20
Fattige	0,50		
			1,00

Vektene for behovskriteriene beregnes ved å sette inn gjennomsnittsverdier for alle variablene i ligning (2) og dividere Y :

$$1 = a/Y + b \cdot X/Y + d \cdot Z/Y$$

Behovsvekten for andel eldre er da: $b \cdot X/Y$

Behovsvekten for andel fattige er: $d \cdot Z/Y$

Mens a/Y fordeles etter innbyggertall.

6.3.2.2 Metoder basert på aggregerte data

I denne tilnærmingen benyttes analyser av forskjeller i forbruk av helsetjenester mellom geografiske områder som utgangspunkt for å beregne relativt ressursbehov mellom regionene.

Framgangsmåten kombinerer aggregerte forbruksdata med aggregerte data om befolkningssammensetning. Regresjonsanalyser benyttes for å studere sammenhenger mellom befolkningsvariabler og forbruk.

Metodikken for å beregne relativt ressursbehov kan kort beskrives slik:

- Bruke data på forbruk i ulike geografiske områder for å beregne forbruksrater.
- Bruke data på demografiske og sosioøkonomiske variabler som antas å påvirke behov (f.eks. inntekt) for å beregne befolkningsandeler i de samme geografiske områdene.
- Bruke regresjonsanalyser til å estimere betydning av variablene for forbruk.
- Resultatene fra regresjonsanalysene kombineres med de samme variablene på regionnivå for å beregne predikert forbruk på regionnivå.
- Relativt ressursbehov beregnes som estimert samlet forbruksrate i regionen dividert på estimert nasjonal forbruksrate.

6.3.2.3 Hvordan justere for forskjeller i tilbudet av tjenester

Det framgår av figur 6.1 at observerte forbruksrater er påvirket av forskjeller i tilgjengelighet. Så lenge etterspørselen etter behandling er større enn tilbudet vil ulikheter i tjenestetilbudet påvirke forbruksratene. Ulikheter på tilbudssiden kan være knyttet til forskjeller i ressurstilgang, effektivitet, organisering og ledelse mv. Dette påvirker ikke resultatet fra ratio-metoden så lenge tilbudssideeffektene er lik for alle pasientgrupper, dvs. gir samme prosentvise forskjell i forbruksrater for alle grupper. Dette bringer imidlertid inn en feilkilde i analysene som baseres på aggregerte data når tilbudssideeffekten er korrelert med antatte behovsfaktorer. Dette bidrar til å undervurdere betydningen av behovsfaktorer som er negativt korrelert med tilbud og overvurdere betydningen av behovsfaktorer som er positivt korrelert med tilbud. Slike tilbudssideeffekter er således opphav til nivåfeilslutning¹⁰. Feilslutninger som skyldes tilbudssideeffekter kan elimineres eller reduseres gjennom ulike metodiske tilpasninger.

Inkludere tilbudssidevariabler

En måte å håndtere tilbudssideeffekter på, er å inkludere variabler som fanger opp kjennetegn ved tilbudssiden i analysene. På den måten prøver en å isolere effekter av tilbudssiden på forbruk. Et mulig problem med denne framgangsmåten er at ikke alle tilbudssideeffekter fanges opp av de inkluderte variablene. Hvor stort problem dette representerer avhenger av tilgangen til relevante data som beskriver tilbudssiden.

Basere analysene på små, ensartede områder ("small-area")

Faren for feilslutninger pga. tilbudssideeffekter er størst når analysenivået i forbruksanalysene i stor grad sammenfaller med tilbudssiden. Analyser av aggregerte forbruksrater på helseregionnivå ville gi stor grad av sammenfall mellom bostedsregion og behandlingsregion. Tilbudssideeffekter (fra spesialisthelsetjenesten) kan imidlertid håndteres effektivt dersom analysene gjøres på et lavere geografisk

¹⁰ Tilbudssideeffekter kan også være tilstede i epidemiologiske data.

nivå (f.eks. kommune). Dette vil gi flere observasjoner og et rikere datasett som vil gi mer presise estimater for behovsvariablene, og samtidig redusere faren for nivåfeilslutninger.

Dummy variabel

Gitt at man har data på et lavere geografisk nivå enn opptaksområdene for helseforetakene, så er den mest effektive metoden for å fjerne tilbudssideeffekter som følger: Basere estimatene på den variasjonen som finnes mellom forbruk og behovsvariablene *innen* helseforetakene og se bort fra variasjonen *mellom* helseforetakene. Teknisk gjøres dette ved å innføre en såkalt dummy variabel for region/helseforetak/sykehus. Det tar bort effektene av ulikt nivå på tilbudet mellom helseforetakene (så vel som alle andre uobserverbare eller ikke inkluderte faktorer som er lik for alle områdene som hører inn under gjeldende region/helseforetak/sykehus). Forskjeller i forbruksrater som skyldes tilbudssiden, men som varierer innenfor helseforetaksområde/sykehusområde vil ikke fanges opp av denne metoden, og må ev. fanges opp ved inklusjon av relevante forklaringsvariable. Avstand til sykehus kan være en slik variabel.

Imitere individdata

Hvilke områder det er mulig å lage forbruksrater og andre variabler for, er begrenset av datatilgjengelighet, både med hensyn til hvilken bostedsinformasjon som ligger i datasettene og hvilket aggregeringsnivå som er brukt i tilgjengelige datasett. Dette bestemmer på hvilket nivå det er mulig å koble data. Inklusjon av dummy variabler for helseforetak eller sykehus fjerner i stor grad tilbudssideeffekter fra spesialisthelsetjenesten. Men forskjeller i forbruksrater kan imidlertid også være knyttet til kjennetegn ved bostedskommunen som ikke fanges opp av behovsvariablene (andel eldre, andel sosialhjelpsmottakere mv.). Bruk av spesialisthelsetjenesten kan påvirkes av det kommunale tjenestetilbudet, f.eks. legedekning, sykehjemsdekning, utbygging av omsorgsboliger og tilgang til hjemmetjenester. Dersom det kommunale tjenestetilbudet også er korrelert med behovsvariablene som er inkludert i analysene, vil dette påvirke resultatet for disse variablene. Tidligere analyser av tjenestetilbud i kommunene (bl.a. Martinussen mfl., 2005) dokumenterer sammenheng mellom f.eks. alderssammensetning, sosialhjelpsmottagere, uføretrygdde og dødelighet, og utgifter og brukerrater innenfor pleie- og omsorgssektoren. En alternativ framgangsmåte er å forsøke å konstruere et datasett som kommer så nær individdata som mulig. Dette kan gjøres ved å beregne forbruksrater og behovsvariabler på kommunenivå for ulike grupper (f.eks. etter alder). Det er to fortrinn med denne framgangsmåten. Den gir et datasett som inneholder flere observasjoner og således gir et rikere informasjonsgrunnlag, samtidig som det kan kontrolleres for kommuneeffekter som er felles for gruppene. Dette er altså en variant av "small area" analyse, bare at man her i mangel på informasjon som gjør det mulig å gå på et lavere geografisk nivå, splitter data etter befolkningskjennetegn. I analysene av behov for somatiske tjenester har utvalget valgt å benytte denne metoden, jf. kapittel 8.1.

6.3.3 Prinsipper for valg av kriterier og deres betydning i behovsanalysene

Dagens kostnadsnøkler, jf. Hagen-utvalget, består av kriterier og vektorer, som uttrykker relative forskjeller i beregnet utgiftsbehov. De viktigste elementene i

kostnadsnøklerne for somatiske tjenester er et sett av alderskriterier. Kostnadsnøklerne for psykisk helsevern inneholder også en rekke sosiale kriterier

Utvalget har i sitt arbeid bygget videre på Hagen-utvalget, på de analyser som er gjort i forbindelse med utarbeiding av regionale modeller for inntektsfordeling, på den faglige debatt som har vært i etterkant av Hagen-utvalget, og på internasjonale tilnærminger til tilsvarende problemstillinger. Som det framgår av diskusjonen i kapittel 6.2 er det en rekke valg som må gjøres i denne typen analyser, og utvalget har måttet foreta avgjørelser som inneholder elementer av skjønn. Dette er kommentert nærmere i boks 6.4.

Utvalget presiserer at utarbeidelse av en inntektsfordelingsmodell ikke er en øvelse som kan ventes å resultere i én fasit – det er med andre ord både uunngåelig og nødvendig å utøve et visst skjønn.

I valg av kriterier som kan, men ikke nødvendigvis vil inngå i en inntektsfordelingsmodell, har utvalget sett på faktorer som:

- har hatt dokumentert effekt i tidligere analyser,
- inngår i andre land sine inntektsfordelingsmodeller, og
- ut fra medisinsk og helsefaglig litteratur antas å kunne påvirke behovet for spesialisthelsetjenester.

I valg av kriterier er det også nødvendig å ta hensyn til utvalgets krav om at inntektsfordelingsmodellen skal baseres på tilgjengelig statistikk, og at den skal være enkel å oppdatere. Endelig vil noen forhold som antas å påvirke behov for spesialisthelsetjenester kunne være vanskelig å gi en entydig operasjonalisering. I dette tilfellet har utvalget i sine analyser benyttet ulike operasjonaliseringer, og siden gjort sine valg ut fra kriterienes evne til statistisk å forklare den variasjonen som finnes i datamaterialet.

I noen tilfeller har utvalget valgt, skjønnsmessig, å tilpasse de kostnadsnøklerne som framkommer fra de statistiske analysene. Før en slik tilpasning er foretatt har utvalget vurdert om a) det er grunnlag for å anta at det er udekket behov som ikke fanges opp i de statistiske analysene eller b) den kostnadsnøkkelen som framkommer fra analysene vurderes som usikker. I de tilfeller hvor slikt skjønn er anvendt er dette anmerket i beskrivelsene i kapitlene 8 og 9.

Boks 6.4 Nærmere om bruk av skjønn.

Utvalget har fått gjennomført analyser med sikte på å forklare regionale variasjoner i behov og regionale variasjoner i kostnader. I begge disse tilfellene har utvalget måtte foreta avgjørelser som inneholder elementer av skjønn. Hva dette innebærer i praksis illustreres her ved å se nærmere på analysene av forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester. Dette forbruket vil avhenge av flere faktorer. I en enkel (men urealistisk) verden vil alle faktorer virke uavhengig av hverandre, og det vil være en etablert sammenheng mellom hver faktor og forekomst av ulike sykdommer. I en mer komplisert (og realistisk) verden vil effekten av en faktor avhenge av nivået på en eller flere andre, det vil kunne være vanskelig å finne strengt vitenskapelig dokumenterte sammenhenger mellom en faktor og sykdomsforekomst, og samme type behov vil kunne fanges opp av flere samvarierende faktorer. Problemstillingen kan illustreres som følger: Anta at vi kan forklare behovet for somatiske helsetjenester i en befolkningsgruppe med tre faktorer; alder, helsefaktor A og helsefaktor B. Det betyr at fordelingen av inntekter skal baseres på fordelingen i befolkningen av alder og de to helsefaktorene samt av den vekt vi tillegger hver av disse tre forholdene. Problemstillingen blir:

- i) Hvor finmasket ønsker vi å gjøre sammenhengen mellom alder og behov? Dersom man velger den ene ytterligheten vil dette kunne gi mer enn hundre alderskriterier. En langt mer grovmasket inndeling vil være å si at behovet er tilnærmet likt i gruppene 0-18 år, 19-66 år, 67-80 år og 80 år og over. Dette gir fire aldersgrupper. Analyser vil kunne hjelpe oss å finne aldersgrupper hvor forbruket er nok så likt, men det vil til syvende og sist være beheftet et visst skjønn med den inndeling som velges.
- ii) Virker de to helsefaktorene likt for alle aldersgrupper, eller vil effekten av dem kunne være større for noen grupper, f.eks. for eldre? Jo mer detaljert datamateriale vi har til rådighet, jo mer sannsynlig vil det være at analysene kan fange opp ulike effekter for ulike aldersgrupper. Dette "kompliserer" inntektsfordelingsmodellen ved at det blir flere kriterier. Man må derfor foreta en avveining mellom enkelhet og kompletthet. Denne avveiningen innebærer bruk av skjønn.
- iii) Virker de to helsefaktorene uavhengig av hverandre, eller vil effekten av den ene avhenge av nivået på den andre? Dersom effekten av den ene betinges av nivået på den andre, er denne betingede effekten også forskjellig alt ettersom hvilken aldersgruppe vi betrakter? Jo flere *interaksjonseffekter* som inkluderes i analysen, jo mer komplisert blir den endelige inntektsfordelingsmodellen. De valg som gjøres her innebærer bruk av skjønn.
- iv) De to helsefaktorene kan fange opp dels forskjellige og dels samme forhold. Dersom de samvarierer, vil den statistisk bestemte effekten av dem bli mer upresist bestemt. Dersom de samvarierer sterkt kan man velge å bare inkludere den ene variabelen, men dette vil kunne gi "gale" beregnede effekter av de andre variablene. Håndtering av dette *multikollinearitetsproblemet* innebærer bruk av skjønn.
- v) Helsefaktor A kan ha en statistisk signifikant sammenheng med forbruket. Slik analysene er gjennomført betyr dette at faktoren har effekt på forbruket også etter at vi har tatt høyde for den effekten som skyldes alder og helsefaktor B. En slik sammenheng mellom sykdomsforekomst og helsefaktor A er det ikke sikkert at vi kan finne annen dokumentasjon på. Et eksempel utvalget har benyttet mye tid på, er forholdet mellom ulike former for klima og bruk av helsetjenester. Det finnes god vitenskapelig dokumentasjon på at klima påvirker dødelighet, men i liten grad på at klima påvirker sykkelighet etter at man har tatt hensyn til dødelighet, alder og ulike sosiale faktorer. Tilsvarende vurderinger kan gjøres for andre av de faktorene som er inkludert i analysene som presenteres i kapittel 8. Om man velger å inkludere/ekskudere en variabel i en situasjon uten streng vitenskapelig dokumentasjon innebærer bruk av skjønn.
- vi) Det kan være en faktor C, som ikke gir statistisk forklaringskraft i analysene av variasjoner i forbruk, men som man likevel mener å ha god dokumentasjon for vil påvirke behovet. Manglende statistisk forklaringskraft kan skyldes at det er grupper i befolkningen som systematisk har en underdekning av behovet. I dette tilfellet kan man velge å inkludere denne faktoren i en inntektsfordelingsmodell, og både beslutningen om å ta den med, og hvilken vekt den skal tillegges, vil måtte baseres på skjønn.

6.4 Metoder for behandling av kostnadsforskjeller

Et inntektsfordelingssystem skal håndtere forskjeller i behov for helsetjenester mellom regionale helseforetak, men skal også kompensere for ufrivillige forskjeller i kostnader. Dette reiser problemstillinger, både med hensyn til hvilke kostnader som skal kompenseres, hvilke data og hvilke metoder som skal ligge til grunn for en slik kompensasjon.

6.4.1 Analytisk tilnærming

Det er ikke åpenbart hvordan avgrensingen mellom ufrivillige og frivillige kostnadsforskjeller skal gjøres. I dagens modell er det eneste kostnadskompenserende element reisetid til sykehus.

Det er også for kostnadsanalyser i prinsippet mulig å benytte seg av en normativ tilnærming. Dette kan innebære at man tar utgangspunkt i de strukturelle forholdene som oppfattes som pålagte, f.eks. gjennom oppdragsdokumenter og overordnede politiske føringer. Gitt denne strukturen beregnes så et normert kostnadsnivå som tar hensyn til beliggenhet, størrelse, grad av akuttberedskap, omfang av utdanningsaktivitet osv. Utvalget har vurdert mulighetene for en slik tilnærming, men har kommet til at det ikke finnes tilgjengelig datagrunnlag for å utarbeide en slik normativ modell. Utvalget har derfor valgt å ta utgangspunkt i en statistisk analyse av forhold som vil kunne påvirke helseforetakenes kostnadsnivå.

Flere regionale helseforetak har de siste årene arbeidet med egne inntektsfordelingsmodeller mellom sine helseforetak. Et sentralt punkt her har vært kompensasjon for kostnadsforskjeller mellom helseforetakene. Utvalget har valgt å basere sine analyser på samme prinsipper som er fulgt i disse regionale analysene. For en nærmere beskrivelse henviser utvalget til kapittel 9.

6.4.2 Prinsipper for valg av kriterier for kostnadskompensasjon og deres betydning i kostnadsanalysene

I valg av kriterier som kan, men ikke nødvendigvis vil inngå i en inntektsfordelingsmodell, har utvalget tatt utgangspunkt i:

- mandatets formulering om særskilt å ta hensyn bosettingsmønster og reisetid,
- faktorer som har vist dokumentert effekt i tidligere analyser,
- faktorer som inngår i andre land sine inntektsfordelingsmodeller, og
- faktorer som i økonomisk litteratur antas å ha betydning for kostnadsnivået.

I valg av kriterier er det også nødvendig å ta hensyn til utvalgets krav om at inntektsfordelingsmodellen skal baseres på tilgjengelig statistikk, og at den skal være enkel å oppdatere.

Utvalget har i sine analyser av kostnadsforskjeller valgt en strategi hvor man på noen områder velger å benytte resultatene av de statistiske analysene, og på andre områder velger en skjønnsmessig tilpasning av disse. Før en slik skjønnsmessig tilpasning er foretatt har utvalget vurdert om a) det er grunnlag for å anta at det er faktorer som systematisk påvirker kostnadsnivået, men som av ulike årsaker ikke fanges opp i de statistiske analysene, eller b) den kostnadsnøkkelen som framkommer fra analysene

vurderes som usikker. I de tilfeller hvor slikt skjønn er anvendt er dette anmerket i beskrivelsene i kapittel 9.

6.5 De regionale helseforetakenes muligheter til å påvirke inntektsfordelingen

Det er et bærende prinsipp i inntektsfordelingsmodeller at mottakerne av inntekter ikke selv skal kunne påvirke størrelsen på disse gjennom sine disposisjoner. Av den grunn prøver man å unngå å basere fordelingen på kriterier som mottakerne selv kan påvirke. Skillet mellom påvirkbare og upåvirkbare kriterier er ikke absolutt. For eksempel vil lønnsnivå være en størrelse man dels kan kontrollere (gjennom lønnsoppgjør), men dels må ta for gitt fordi det kan være forskjeller i regionale arbeidsmarkedsforhold.

Utvalget har i noen tilfeller inkludert kriterier i sine analyser som i teorien kan påvirkes av de regionale helseforetakene. Dette gir mulige uheldige insentiver gjennom at helseforetakene ved sine disposisjoner kan påvirke sine egne inntekter. Problemstillingen kan løses på flere måter. En mulighet er å la kun deler av kriteriet inngå i inntektsfordelingsmodellen. Dette vil redusere insentivene til inntektsmotiverende atferd. En annen løsning vil være å låse kriteriet til dagens nivå. Dette innebærer at endringer i kriteriet ikke får betydning for inntektsfordelingen. Det er verdt å merke seg at dette kan slå begge veier for de regionale helseforetakene. I utvalgets forslag til kriterier for somatiske tjenester beskrevet i kapittel 8 inngår ulike trygdeytelser. Dette er variabler som (i teorien) kan påvirkes av de regionale helseforetakene. En nedgang i andel som mottar trygdeytelser vil, dersom kriteriene oppdateres årlig, lede til en nedgang i inntekter gjennom inntektssystemet, og dermed være å betrakte som ikke-ønskelig sett fra det regionale helseforetakets side. Ved å låse kriterier vil man imidlertid kunne arbeide for å redusere antall trygdemottakere, uten at dette påvirker inntektene. Samtidig vil imidlertid ikke ”uforskyldt” økning i antall trygdemottakere kompenseres gjennom en slik låsing.

Utvalget vil imidlertid påpeke at det er en forventet svak kobling mellom de kriteriene som utvalget foreslår i kapittel 8 og beslutninger som fattes i de regionale helseforetakene. Endelig vil utvalget også påpeke at ett av de tre kriteriene som utvalget anser det teoretisk mulig å påvirke, andel uføretrygdete, i dag inngår i kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern, uten at den der er låst. Når utvalget likevel anbefaler at deler av de sosioøkonomiske kriteriene bør låses, er det i hovedsak for å sikre at helseforetakene ikke skal tape økonomisk på å bidra til redusert sykefravær osv.

I kapittel 9 diskuterer utvalget ulike måter å kompensere for forskjeller i kostnadsnivå mellom de regionale helseforetakene. Ett alternativ er å delvis kompensere for historisk kostnadsnivå. En slik kompensasjon kan, dersom den gjøre automatisk, gi uheldige insentiver. Utvalget anbefaler derfor å låse dette kriteriet, og diskuterer dette særskilt i kapittel 9.

6.6 Begreper: Kostnadsnøkkel og ressursbehovsindeks

Både inntektssystemene for kommuner og fylkeskommuner, samt dagens inntektsfordelingsmodell for regionale helseforetak presenteres som et sett

kostnadsnøkler. En kostnadsnøkkel sier noe om hvor stor andel av inntektene som skal fordeles på grunnlag av et bestemt kriterium. Dagens system består av to kostnadsnøkler; én for somatiske tjenester og én for psykisk helsevern. Fordeling av inntekter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling skjer på grunnlag av nøkkelen for psykisk helsevern. I sitt mandat bes utvalget komme med forslag til én nøkkel som kan erstatte dagens to. Utvalget har valgt å gjennomføre fem ulike typer analyser; for somatiske tjenester, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, prehospitale tjenester og kostnadsforskjeller.

Utvalget benytter følgende begreper:

- *Behovsnøkkel*. Gir et sett kriterier (f.eks. alder) med tilhørende vektorer 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.

Når utvalget har valgt å gå bort fra dagens prinsipp hvor det kun presenteres en kostnadsnøkkel er dette begrunnet med et ønske om å gjøre inntektsfordelingsmodellen mer gjennomskuttelig. Hvert kriterium i en kostnadsnøkkel vil i teorien kunne inneholde tre typer informasjon: For det første kriteriets betydning for behovet for tjenester innen hvert hovedområde (somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og prehospitale tjenester). For det andre den relative betydningen av hvert område i det samlede behovet for helsetjenester. For det tredje betydningen av lokale kostnadsforhold i framskaffing av tjenestene. Dette betyr at det er svært vanskelig å ha en intuitiv forståelse for hva som påvirker kriteriene i kostnadsnøkkel, og hva som gjør at endringer i de ulike kriteriene vil påvirke de regionale helseforetakenes ressursbehov.

Det er utvalgets oppfatning 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/delindeks 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.

7. Utvalgets behandling av inntekter til kapital

7.1 Innledning

Utvalget er i mandatet bedt om å ”foreta en bred faglig gjennomgang av fordelingsmekanismene i dagens inntektsfordelingssystem”. Med dagens system forstås da systemet for fordeling av basisbevilgningen slik det er etter Stortingets behandling av St.meld. nr. 5 (2003-2004). Dagens system skiller mellom fordeling av midler til å dekke avskrivninger og øvrig basisbevilgning. Utvalget viser til at det i kapittel 4.4 har gitt en beskrivelse av dagens system for fordeling av kapitalinntekter.

Utvalget vil understreke at det har lagt følgende til grunn i sitt arbeid med fordeling av inntekter til å dekke avskrivninger:

- 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 er i mandatet bedt om å ta høyde for at ”kapitalkostnader ikke inngår i Innsatsstyrt finansiering”. Dette har utvalget vurdert i kapittel 7.6.

7.2 Fordeling av inntekter til å dekke avskrivninger etter sykehusreformen

Et flertall i Hagen-utvalget (NOU 2003:1) anbefalte at tilskudd til investeringer ble lagt inn i basisrammen etter de samme prinsipper som øvrige aktivitetsuavhengige tilskudd. Flertallet påpekte også at dette stilte krav til kompensasjon for kapitalkostnader i gjestepasientoppgjøret.

Dagens fordeling av inntekter til å dekke avskrivninger følger av St.meld. nr. 5 (2003-2004), og er nærmere omtalt i kapittel 4.4. Midlene fordeles med 50 pst. vekt på den faktiske fordeling av kapital mellom regionale helseforetak og 50 pst. vekt på kostnadsnøklerne fra Hagen-utvalget. Fordelingen av historiske kostnader ble justert for gjestepasientstrømmer. Fordelingen ble gjort gjeldende fra budsjettåret 2005, dvs.

uten overgangsperiode. Fordelingsnøkkelen mellom inntekter til å dekke avskrivninger og øvrig basisbevilgning er slik sett delt i to, men det ligger ingen føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvor mye som skal brukes til å dekke avskrivninger. Ansvar for beslutninger knyttet til investeringer er i all hovedsak lagt til regionalt helseforetaksnivå.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) ble virkningene av å bruke alternative fordelingsnøkler illustrert med utgangspunkt i bevilgningen i 2003 på 2826 mill. kroner. Tabell 7.1 viser ulike alternativer for fordeling av denne bevilgningen:

- St.meld. nr. 5 (2003-2004)
- Per capita viser fordelingen slik den ville ha vært dersom vi fordelte etter antall innbyggere i 2005
- NOU 2003:1 er fordeling basert på kriteriene i Hagen-utvalget
- Historisk beholdning er fordeling basert på verdsettingen i 2003
- Fordelingen i 2008-budsjettet er vist i siste kolonne. Nivå tallet er høyere i 2008 pga. prisstigning og økte bevilgninger til kapital.

Utvalget forholder seg til siste kolonne i tabell 7.1 når det vurderer fordelingsvirkninger av inntekter til å dekke avskrivninger.

Tabell 7.1 Alternative fordelinger av inntekter for å dekke avskrivninger mellom regionale helseforetak. Beløp i 2003-nivå og 2008-nivå.

	St.meld. nr. 5 (2003-2004)	Per capita (2005)	NOU 2003:1	Historisk beholdning	Fordeling i 2008- budsjett
Helse Sør-Øst	1 559	1 564	1 567	1 550	2 902
Helse Vest	559	582	554	564	1 042
Helse Midt-Norge	388	396	406	370	722
Helse Nord	320	284	299	342	597
Sum	2 826	2 826	2 826	2 826	5 263

I tabell 7.2 presenteres de samme tallene som andeler.

Tabell 7.2 Alternative fordelinger av inntekter for å dekke avskrivninger mellom regionale helseforetak. Prosent.

	St.meld. nr. 5 (2003- 2004)	Per capita (2005)	NOU 2003:1	Historisk beholdning	Fordeling i 2008-budsjett
Helse Sør-Øst	55,2	55,3	55,4	54,8	55,2
Helse Vest	19,8	20,6	19,6	20,0	19,8
Helse Midt-Norge	13,7	14,0	14,4	13,1	13,7
Helse Nord	11,3	10,0	10,6	12,1	11,3
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Valg mellom den modell som ble foreslått i NOU 2003:1 og bruk av historisk beholdning hadde størst betydning for fordeling mellom Helse Sør og Helse Øst. Etter dannelsen av Helse Sør-Øst, har valget mellom fordeling basert på historiske kostnader og fordeling basert på kostnadsnøklerne fra Hagen-utvalget i størst grad effekt på fordelingen mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord.

7.3 Om kapitalkostnader

7.3.1 Avskrivninger og renter

Både bygningskapital og medisinsk-teknisk utstyr er innsatsfaktorer i produksjonen av helsetjenester, på lik linje med arbeidskraft, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Kostnaden for kapital består av to komponenter:

- *Avskrivninger* er en planmessig fordeling av anskaffelseskostnaden over anleggsmidlets økonomiske levetid. Størrelsen på avskrivningen vil avhenge av levetid, hva slags verdi som legges til grunn (historisk kost eller gjenanskaffelseskost) og avskrivingsprofilen.
- *Rentekostnaden* består av rente på lån (fremmedkapital) og egenkapital. Rentekostnaden knyttet til egenkapitalen benevnes ”kalkulatorisk rente”, og representerer den avkastningen det, ved alternativ plassering, vil være mulig å oppnå av egenkapitalen.

Utvalget vil poengtere at renter på lån kun er en del av samlet rentekostnad. I dagens system framkommer imidlertid ikke renter på egenkapital (kalkulatoriske renter) som en kostnad fordi eier ikke stiller krav til avkastning på egenkapitalen. Den praktiske implikasjonen av dette er at helseforetak med en høy andel lån, alt annet like, vil ha høyere regnskapsførte rentekostnader enn helseforetak med høy andel egenkapital. Dette innebærer videre at kostnadsnivået vil være høyere i helseforetak med høy andel lån. Det ligger ikke innenfor utvalgets mandat å foreslå endringer i den regnskapsmessige behandlingen av kapital. Utvalget har heller ikke funnet grunnlag for å kompensere for forskjeller i rentekostnader i sin behandling av dette i kapittel 9, men vil på generelt grunnlag påpeke at det i et nøytralt inntektssystem bør tas hensyn til de skjevheter som oppstår pga. av ulik regnskapsmessig behandling av egenkapital og fremmedkapital (lån).

7.3.2 Særtrekk ved kapital

Når man skal vurdere behandlingen av kapital er det viktig at man vurderer systematiske avvik mellom kapitalkostnader og kostnader for andre innsatsfaktorer, f.eks. lønnskostnader, og hvilke konsekvenser dette kan få for inntektsfordelingen. Følgende særtrekk ved kapital er spesielt aktuelle:

- *Kapitalen anskaffes typisk i større enheter.* Mens man kan øke eller redusere bruken av arbeidskraft med én og én enhet, vil man særlig for bygninger måtte øke/ redusere i større sprang. Dette innebærer at faste kostnader knyttet til kapital kan bli store.
- *Kapitalen anskaffes typisk for en lengre tidsperiode.* For eksempel vil en bygning ofte ha levetid på 40 år eller mer. Ved endringer i behandlingsmønstre e.l. som fører til endringer i behov for kapital, vil det ikke være sikkert at eksisterende kapital kan avhendes til kostpris eller gjenanskaffelsespris. En slik ”innlåsing” av kapitalen kan gi høyere kostnader.

Lavere delbarhet og større grad av innlåsing medfører dermed at kapital typisk er en mindre fleksibel innsatsfaktor enn f.eks. arbeidskraft. Dette kan ha betydning dersom f.eks. endring i befolkningssammensetningen reduserer behovet for helsetjenester. Mens de regionale helseforetakene vil kunne tilpasse bruken av arbeidskraft til slike endringer, vil de ha langt mindre spillerom for tilpasning av kapital.

7.4 Normbasert eller kriteriebasert fordeling av inntektene til kapital

En normbasert modell innebærer at en må ha synspunkter på hvor mye kapital det enkelte regionale helseforetak skal ha, alternativt hvor store kostnader til kapital man mener bør dekkes. I en normbasert modell tar man dermed kapital ut av den kriteriebaserte finansieringen og tildeler regionale helseforetak et særskilt kapitaltilskudd. Utfordringene ved en normbasert modell blir da både å fastslå normen og å definere beregningsgrunnlaget for denne.

Utvalget har valgt å ikke gå videre med en fullt ut normbasert modell for kapital. Dels vil dette stride mot intensjonene i reformen, gjennom å låse helseforetakenes bruk av én innsatsfaktor, dels vil det etter utvalgets oppfatning være en nær umulig oppgave å fastslå hva som bør være nivået på kapitalbeholdningen i helseforetakene. Utvalget velger likevel å gå nærmere inn på dagens fordeling av realkapital mellom de fire regionale helseforetakene. Utvalgets utgangspunkt er at det, dersom denne er svært skjev, vil kunne være nødvendig å ta deler av tilskuddet til kapital ut av den kriteriebaserte modellen, og tildele dette etter en nærmere fastsatt norm.

I sin vurdering av forskjeller i realkapital mellom helseforetakene har utvalget tatt utgangspunkt i balanseført verdi på tomter og bygninger, inkl. anlegg under utførelse. Disse er så korrigert for langsiktig gjeld. Disse tallene er presentert i 1000 kroner og som andeler i tabellene 7.3 og 7.4. I tabell 7.3 er det gitt en oversikt over balanseverdier og langsiktig gjeld i de fire regionale helseforetakene. Tabell 7.4 viser de samme størrelsene som andeler fra landsgjennomsnittet.

Tabell 7.3 Balanseverdier for bygninger, langsiktig gjeld og anslått kapital i regionale helseforetak i 2006. 1000 kroner.

	Tomter og bygninger inkl anlegg under utførelse (A)	Langsiktig gjeld til HOD (B)	Tomter og bygninger korrigert for langsiktig gjeld (C = A-B)	Per innbygger Behovsjustert ¹¹ (kroner)	I pst. av landsgjennomsnitt
Helse Sør-Øst	34 526	5 700	28 826	10,962	98,0 %
Helse Vest	10 408	1 611	8 797	9,844	88,1 %
Helse Midt	10 081	1 878	8 203	12,571	112,4 %
Helse Nord	7 527	1 016	6 511	13,237	118,4 %
	62 542	10 205	52 337	11,180	100,0 %

Første kolonne (A) i tabell 7.3 viser samlede balanseverdier slik de framkommer i regnskapet til de regionale helseforetakene per 31.12.2006. Disse beløpene korrigeres for de regionale helseforetakenes langsiktige gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet (B), og resultatet er en oversikt over ikke belånt kapital (C). Denne varierer mellom de regionale helseforetakene, og er betydelig høyere i Helse Nord og Helse Midt-Norge enn hva tilfellet er i Helse Vest.

Tabell 7.4 Balanseverdier for bygninger, langsiktig gjeld og anslått kapital i regionale helseforetak i 2006. Andeler.

	Tomter og bygninger inkl anlegg under utførelse (A)	Langsiktig gjeld til HOD (B)	Tomter og bygninger korrigert for langsiktig gjeld (C = A-B)	Tilskudd til kapital 2008 jf. tabell 7.2
Helse Sør-Øst	55,2 %	55,9 %	55,1 %	55,2 %
Helse Vest	16,6 %	15,8 %	16,8 %	19,8 %
Helse Midt	16,1 %	18,4 %	15,7 %	13,7 %
Helse Nord	12,0 %	10,0 %	12,4 %	11,3 %
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Dagens fordeling av tilskudd til kapital innebærer at særlig Helse Vest settes i stand til å øke sin andel av samlet kapitalmengde.

7.5 Utvalgets vurderinger

Inntektsfordelingssystemet skal sette de fire regionale helseforetak i stand til å ivareta ”sørge for”-ansvaret på like vilkår. Utvalget foreslår et nytt kriteriebasert system for overføring av ressurser, og ikke for hvordan regionale helseforetak skal løse den ”produksjonsmessige” delen av oppgaven. I dette ligger at utvalget på lang sikt mener at det ikke skal foretas noen særskilt finansiering av de ulike innsatsfaktorene, verken kapital, arbeidskraft eller medikamenter. På hvilken måte regionale helseforetak velger å fordele sine ressurser mellom innsatsfaktorene er dermed opp til dem.

¹¹ Basert på beregnet relativt behov for somatiske tjenester, psykisk helsevern og rus, jf. kapittel 8.

Forutsetningen for en slik likebehandling er at:

1. Behovsvariablene for kapital og andre innsatsfaktorer er de samme. Utvalget har ingen indikasjoner på at dette ikke er tilfelle.
2. Utgangspunktet er tilnærmet likt for regionale helseforetak. Dette er et mer problematisk moment siden Helse Vest og Helse Sør-Øst har vesentlig lavere kapitalbeholdninger enn de øvrige regionale helseforetakene. Om dette reelt sett skyldes et høyere reinvesteringsbehov 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. Egne tilskudd til kapital vil bryte med denne modellen.

Utvalgets gjennomgang av balanseverdier viser at det i dag ikke er en jevn fordeling av kapital mellom de fire regionale helseforetakene. Utvalgets vurdering er at disse forskjellene i noen grad bør jevnnes ut. Dagens modell legger også opp til en slik utjevning. Denne modellen er imidlertid basert på en kombinasjon av historisk beholdning i 2002 og kriterier fra Hagen-utvalget. For ikke å gjøre inntektsfordelingsmodellen unødig komplisert foreslår utvalget en noe modifisert modell for utjevning:

De forskjellene i ikke-belånt kapital som framkommer i tabell 7.4 fordeles over en periode på 20 år, og utlignes gjennom en omfordeling fra de to regionale helseforetakene som har et ikke-belånt kapitalnivå over gjennomsnittet (Helse Nord og Helse Midt-Norge) til de to som har en beholdning under gjennomsnittet (Helse Vest og Helse Sør-Øst). Den relativt lange utjevningsperioden er valgt for å redusere effekten av skjevheter i balanseverdier. Fordelingen skjer i forhold til en forventet lik fordeling av kapital per innbygger som tar hensyn til forskjeller i behov, slik disse framkommer av analysene i kapittel 8, og i utvalgets forslag i kapittel 11.

Utvalget erkjenner at det er usikkerheter knyttet til denne framgangsmåten. For det første vil deler av gjelden være knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. For det andre presiserer utvalget at beregnet verdi på kapital altså er bokført verdi, ikke omsetningsverdi. De regionale helseforetakene må antas å stå ovenfor ulike muligheter til å realisere eventuell overskuddskapital gjennom salg. For det tredje er det noe usikkerhet knyttet til tallene for Helse Midt-Norge, hvor det i balanseverdiene inngår areal som skal overføres til NTNU. Basert på opplysninger fra Helse Midt-Norge har utvalget skjønnsmessig korrigert verdiene i Helse Midt-Norge ned med 250 mill. kroner. Utvalget vurderer ikke disse usikkerhetene til å være av annen karakter enn de som gjelder for de øvrige analysene, og finner det riktigere å foreslå en justering for forskjeller i ikke-belånte balanseverdier, enn å gå direkte på en rent kriteriebasert modell. Utvalget presiserer imidlertid at en slik justering fordrer at det ikke ytes direkte tilskudd til investeringer ut over de beløp som kommer i den generelle basisrammen. Utvalget henviser til kapittel 11.4 for en beskrivelse av hvilke effekter dette har for inntektsfordelingen.

7.6 Innsatsstyrt finansiering og kapital

I dagens ISF-ordning inngår ikke finansiering av kapital. Sykehusenes inntekter fra ISF dekker dermed kun gjennomsnittlige driftskostnader.

Dagens DRG-system gir ikke grunnlag for å inkludere kapital i ISF-refusjonene. Kapitalbruken vil variere mellom de enkelte DRGer, og det er ikke gitt hvordan kapitalkostnader skal fordeles mellom de enkelte gruppene. I hovedsak skyldes dette at det ikke er foretatt kostnadsberegninger som gjør det mulig å anslå kapitalbruken for den enkelte DRG.

Utvalget anbefaler at det settes i gang et arbeid med siktemål å vurdere hensiktsmessigheten av å fordele 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.

Inntil det ev. er mulig å inkludere kapital i ISF viser utvalget til sine forslag i kapittel 11. Slik modellen der er utformet vil de regionale helseforetakene få alle sine tilskudd til kapital gjennom den aktivitet-suavhengige bevilgningen. Denne vil dermed dekke:

- Hele kapitalkostnaden for forventet aktivitetsnivå.
- Hele driftskostnaden for de aktivitetstyper som ikke omfattes av aktivitet-suavhengige finansierungsordninger som ISF.
- 60 pst. forventet driftskostnad for pasienter som omfattes av ISF (gitt en ISF-andel på 40 pst).

Ved et faktisk aktivitetsnivå utover forventet aktivitet vil marginalinntekten dermed være mindre enn 40 pst. siden kapitalkostnadene ikke er inkludert i ISF. Når kapitalkostnadene inkluderes i ISF-ordningen vil den reelle marginalinntekten bli 40 pst.

8. Analyser av behov

Ved tildeling av ressurser til de regionale helseforetakene må det tas hensyn til geografiske variasjoner i behandlingsbehov. Behov på regionnivå kan ikke observeres direkte, og i mangel av dekkende epidemiologiske data foretas derfor fordelingen av ressurser på grunnlag av bl.a. ulike demografiske og sosioøkonomiske variabler som antas å fange opp variasjoner i helsetilstand og derfor variasjoner i forbruk og behov.

Utvalget har gjennomgått eksisterende behovsanalyser av somatikk og psykisk helsevern, og har forestått nye analyser for disse tjenestene. I tillegg har utvalget forestått analyser for to nye områder; tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester. Dette kapitlet gjør rede for utvalgets forslag til behovsnøkler¹² for disse fire tjenestene.

For en drøfting av utvalgets mål for behovsanalysene, prinsipper og metodevalg vises det til kapittel 6.

8.1 Somatikk

8.1.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste

I kapittel 8.1 redegjøres det for utvalgets tilnærming for å beregne regionale helseforetaks behov innenfor somatiske spesialisthelsetjenester samt utvalgets vurderinger og forslag.

Hovedandelen av ressursbruken innen spesialisthelsetjenesten går til somatiske tjenester. I 2006 utgjorde kostnadene 53,4 mrd. kroner eller om lag to tre deler av de totale kostnadene på 79,6 mrd. kroner. Somatiske tjenester omfatter tjenester som inngår i hele behandlingskjeden; diagnostisering, pasientbehandling og rehabilitering/opptrening. Laboratorie- og røntgentjenester er diagnostiserende tjenester. Pasientbehandlingen kan inndeles på en rekke måter. Det er vanlig å skille mellom øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) og planlagt behandling (elektiv behandling). Pasientbehandling kan også inndeles etter ”varigheten” på oppholdet: polikliniske tjenester, dagkirurgi, dagbehandlinger og behandling som krever innleggelse.

Flere typer av aktører tilbyr tjenestene, både offentlige og private. I dag finansieres somatisk pasientbehandling på ulike måter og fra ulike kilder. Hovedregelen er at all finansiering går via regionale helseforetak gjennom basisbevilgningene samt aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og poliklinikk) der dette er aktuelt. I tillegg til at private avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutt mottar driftstilskudd og medfinansiering fra regionale helseforetaks basisbevilgninger, mottar disse aktørene også refusjon/honorar direkte fra NAV. Rehabilitering finansieres via basis og ISF samt ev. polikliniske refusjoner. De private opptreningsinstitusjonene som inngår avtale med regionale helseforetak er i dag finansiert via midler som på

¹² For prehospitale tjenester presenteres forslag til kostnadsnøkkel, som også fanger opp forskjeller i samlet ressursbehov mellom helseregionene knyttet til forskjeller i kostnadsnivå.

statsbudsjettets kap. 732 post 70. Det vises til nærmere omtale av finansieringen i kapittel 3.

8.1.2 Nærmere om somatiske tjenester i de regionale helseforetakene

Som det går fram av beskrivelsen i kapittel 8.1.1 er den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten stor og kan inndeles på en rekke måter. Utvalget gir her en beskrivelse av hovedtrekkene i utviklingen innen somatisk spesialisthelsetjeneste de siste årene. I tillegg omtaler utvalget tre områder som er spesielt nevnt i mandatet: private laboratorie- og røntgentjenester, private avtalespesialister og private opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre.

Hovedtrekk i utviklingen de siste årene

Hoveddelen av datagrunnlaget for behovsanalysene for den somatiske spesialisthelsetjenesten består av dag- og døgnbehandling samt poliklinisk behandling som omfattes av ISF. I flere år har vi sett en vridning fra inneliggende behandling til kortere opphold i spesialisthelsetjenesten¹³.

I perioden 2002 til 2006 har det vært en reduksjon i opphold med lengre liggetid og en sterk økning i antall dagopphold. Opphold med 5 liggedøgn eller mer er redusert med 3 pst. Opphold hvor pasienten ikke overnatter har økt med drøyt 50 pst., og opphold med én overnatting med 30 pst. Halvparten av veksten for ikke-overnattende kommer for opphold knyttet til dialyse, kjemoterapi og rehabilitering. Antall polikliniske konsultasjoner har økt med 16 pst. i samme periode.

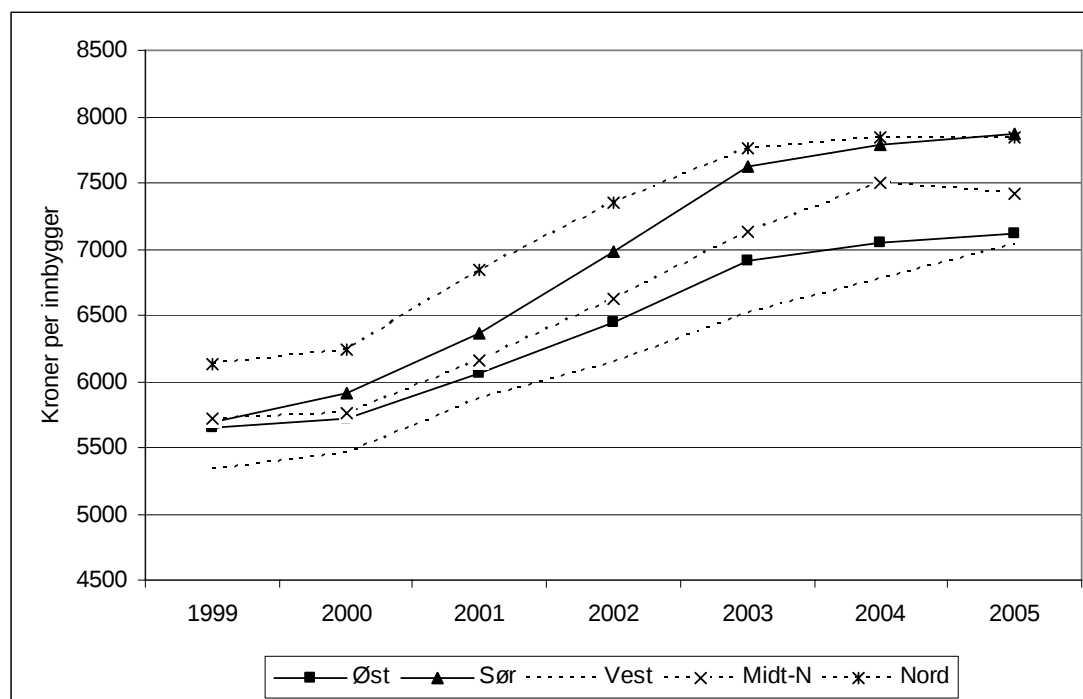
I perioden 2002 til 2006 har det i to regionale helseforetak, Helse Sør (+ 21,5 pst.) og Helse Vest (+ 20,0 pst.), vært en høyere aktivitetsvekst målt i registrerte DRG-poeng enn landsgjennomsnittet (+ 17,1 pst). Helse Nord har den laveste aktivitetsveksten på 10,2 pst. Helse Øst og Helse Midt-Norge ligger noe under landsgjennomsnittet med en økning på hhv. 15,5 pst. og 16,1 pst. Ser en på døgnopphold, skiller Helse Midt-Norge seg ut med en faktisk nedgang i antall døgnopphold. Helse Sør har en stor økning i antall dagopphold.

Bortsett fra polikliniske konsultasjoner, er tallene over basert på DRG-poeng. Dette innebærer at en får tatt hensyn til hvor ressurskrevende pasienten er sammenlignet med det å telle antall opphold hvor hver pasient teller like mye. DRG-poengene påvirkes også av regelendringer i finansieringssystemet og aktivitet ved nye institusjoner. I tillegg kan endringer i kodepraksis føre til flere DRG-poeng, selv om antall opphold er det samme. Utvalgets analyser av behov er basert på aktivitetsdata fra 2004 og 2005.

Målt i registrerte DRG-poeng var det altså en vekst i aktiviteten på 17,1 pst. på landsbasis fra 2002 til 2006. Figur 8.1.1 bekrefter at det har skjedd en betydelig økning i forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester. Figuren viser forbruk per innbygger etter helseregion i perioden 1999-2005. Forbruk er her definert som utgifter til inneliggende og polikliniske pasienter ved offentlige og private sykehus etter korreksjon for lokale kostnadsvariasjoner og kostnadsvariasjoner over tid (Nerland og

¹³ Beskrivelsen er i stor grad basert på Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten sin Årsrapport for 2007.

Hagen, 2008). Forbruk av rehabiliteringstjenester og tjenester anskaffet av private avtalespesialister foreligger kun for de siste årene og er derfor ekskludert fra datagrunnlaget som ligger til grunn for figur 8.1.1.



Figur 8.1.1 Forbruk per innbygger, 1999-2005 (faste priser).

Kilde: Nerland og Hagen (2008).

På landsbasis er økningen i forbruket, målt på denne måten, 30,2 pst. for perioden 1999-2005. Økningen er ujevnt fordelt mellom regionene, noe som påvirker den relative fordelingen. Økningen er størst blant innbyggerne i helseregion Sør (38,4 pst.) og lavest i helseregion Øst (26,1 pst.). I relative størrelser lå forbruket i helseregion Nord 6,5 pst. over landsgjennomsnittet i 2005, mot tidligere 8,4 pst. over landsgjennomsnittet i 1999. I helseregion Sør lå forbruket 6,9 pst. over landsgjennomsnittet i 2005, mot tidligere 0,7 pst. over landsgjennomsnittet i 1999.

Private laboratorie- og røntgentjenester

Røntgen- og laboratorietjenester kan leveres enten som en del av behandlingen av inneliggende pasienter, som en del en poliklinisk behandling eller basert på rekvisisjoner fra fastleger eller private spesialister. I St.meld. nr. 5 (2003-2004) foreslo regjeringen en omlegging av finansieringssystemet for offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter. Hovedelementene i omleggingen var (Hagen mfl., 2007):

- Det innføres et nytt aktivitetstilskudd fra 2005. Tilskuddet er om lag halvparten av takstene slik de var i 2003. Basisbevilgningene til regionale helseforetak økes tilsvarende.
- Takstene utbetales fortsatt direkte til private laboratorie- og røntgeninstitutter.
- Det lovfestes at private institutter må ha avtale med regionalt helseforetak for å få tryggederefusjon etter 2005.

- Regionale helseforetak sitt finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.

Gjennom en lovendring, jf. Ot.prp. nr. 5 (2004-2005), er også de regionale helseforetakene gitt anledning til å legge volumbegrensninger inn i avtalene med private laboratorier og røntgeninstitutter. Dette innebærer at de regionale helseforetakenes medfinansiering faller bort for aktivitet ut over volumtaket. Endringene trådte i kraft 1. september 2005.

I budsjettet for 2008 er takstene for offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter ytterligere redusert og basisbevilgningene til de regionale helseforetak økt tilsvarende.

I mandatet heter det at ”Utvalget skal vurdere om trygderefusjoner til private avtalespesialister og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet påvirker det samlede inntektsgrunnlaget og om dette eventuelt bør tas hensyn til i en samlet omfordelingsvurdering.” Utvalgets forståelse av dette punktet er som følger: For en rekke tjenester (poliklinikk, laboratorier og røntgen) vil man kunne benytte både offentlige og private tilbydere. Dersom det er forskjeller i kostnadsnivået mellom ulike typer tilbydere vil ulik fordeling av disse mellom de fire regionale helseforetakene kunne ha fordelingsmessige konsekvenser. I tillegg vil det kunne være situasjoner hvor marginalkostnadene ved produksjon av disse tjenestene er lavere enn den refusjon de utløser fra folketrygden. I så tilfelle vil områder med høy kapasitet innen disse områdene kunne ha et høyere forbruk, finansiert gjennom trygderefusjoner og dette vil dermed også kunne ha fordelingsmessige konsekvenser.

Utvalget har tilnærmet seg disse problemstillingene gjennom å se på samlet forbruk av laboratorie- og røntgentjenester. Når det gjelder private avtalespesialister følger en egen vurdering av dette nedenfor.

Tabellene 8.1.1 og 8.1.2 viser samlede utgifter fra NAV til laboratorietjenester og røntgentjenester i 2005, mens tabell 8.1.3 viser tilsvarende utgifter per innbygger målt relativt til landsgjennomsnittet.

Tabell 8.1.1 Samlede trygdeutgifter til laboratorietjenester 2005. Mill. kroner.

	Samlet	Privat	Offentlig	Andel saml	Andel priv	Andel off
Helse Sør-Øst	853	243	610	60,0 %	89,1 %	53,0 %
Helse Vest	256	21	235	18,0 %	7,6 %	20,5 %
Helse Midt-Norge	180	4,3	175	12,6 %	1,6 %	15,3 %
Helse Nord	134	4,6	130	9,4 %	1,7 %	11,3 %
Landet	1 424	272	1 150	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kilde: Hagen mfl. (2007)

Tabell 8.1.2 Samlede trygdeutgifter til radiologitjenester 2005. Mill. kroner.

	Samlet	Privat	Offentlig	Andel saml	Andel priv	Andel off
Helse Sør-Øst	439	240	200	58,1 %	61,2 %	54,8 %
Helse Vest	141	76	65	18,6 %	19,5 %	17,7 %
Helse Midt-Norge	104	51	53	13,7 %	13,0 %	14,5 %
Helse Nord	72	25	47	9,5 %	6,3 %	13,0 %
Landet	756,2	391	365	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kilde: Hagen mfl. (2007)

Bruk av private tjenestetilbydere er særlig høyt i Helse Sør-Øst for laboratorietjenester. Til en viss grad utlignes dette imidlertid av et mindreforbruk hos offentlige tjenesteytere. Tilsvarende har Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord omtrent ikke bruk av private laboratorietjenester, men et betydelig høyere forbruk av offentlige tjenester. I grove trekk er det det samme bildet vi ser for forbruk av røntgentjenester, men der er forskjellene mellom privat og offentlig forbruk på regionalt helseforetaksnivå ikke så store. Dette trekker i retning av at private tjenester i stor grad erstatter offentlige tjenester, og ikke kommer som et supplement.

Tabell 8.1.3 Relativ bruk av laboratorie- og røntgentjenester. Kroner per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet. Samlet, privat og offentlig.

	Laboratorietjenester			Røntgen		
	Samlet	Privat	Offentlig	Samlet	Privat	Offentlig
Helse Sør-Øst	1,08	1,61	0,96	1,05	1,10	0,99
Helse Vest	0,87	0,37	0,99	0,90	0,94	0,86
Helse Midt-Norge	0,91	0,11	1,09	0,98	0,93	1,04
Helse Nord	0,96	0,17	1,14	0,97	0,64	1,31
Landet	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Utvalget erkjenner at ulik geografisk fordeling av private laboratorie- og røntgentjenester kan være en mulig kilde til forskjeller i tilgjengelighet til disse tjenestene, og at det også kan være et visst overforbruk av disse tjenestene. Utvalget viser imidlertid til at disse tjenestene til en viss grad omfattes av den samme valgfrihet som fritt sykehusvalg¹⁴, slik at forskjeller i kapasitet ikke nødvendigvis innebærer forskjeller i tilgjengelighet. Videre viser utvalget til at de regionale helseforetakene ikke har finansieringsansvar for aktivitet ut over avtalt volum. På denne bakgrunn finner utvalget det ikke nødvendig å ta særskilt hensyn til geografisk fordeling av private laboratorier og røntgeninstitutter i sitt forslag til inntektsfordelingsmodell.

Private legespesialister med driftsavtale

Ifølge mandatet skal utvalget vurdere om trygderefusjoner til private avtalespesialister påvirker det samlede inntektsgrunnlaget, og om dette ev. bør tas hensyn til i en samlet omfordelingsvurdering.

¹⁴ I bestillerdokumentet for 2005 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge de samme prinsippene om valgfrihet til grunn innenfor områdene private laboratorier og røntgeninstitutt som innen fritt sykehusvalg. Fra og med 1. mars 2007, jf. foretaksmøter i februar 2007, stilles det ikke lengre krav om at disse prinsippene skal legges til grunn for private laboratorietjenester.

De private avtalespesialistene har eksistert - innenfor mer eller mindre offentlig regulerte rammer - i flere tiår. I 1984 ble ordningen med avtaler mellom fylkeskommunene og avtalespesialistene introdusert. Regionale helseforetak overtok ansvaret for forvaltningen av de private avtalespesialistene fra fylkeskommunene i 2002. Det er formelt sett ingen hindringer for nyetableringer, men legespesialiststillingene er omfattet av legefordelingssystemet slik at det må gjøres innenfor tildelt ramme.

De private avtalespesialistene mottar sine inntekter fra hovedsakelig fire kilder: driftstilskudd fra regionale helseforetak, ISF-inntekter via regionale helseforetak, refusjonstakster fra folketrygden og pasienters betaling av egenandel. Refusjonene utbetales fra folketrygden direkte til den enkelte legespesialist.

Summen av refusjonstakster og egenandel omtales som honorartakster. Driftstilskudd og honorartakster fastsettes i "statsavtalen" som forhandles årlig. Driftstilskuddet utbetales i forhold til avtalt prosenthjemmel. Mens driftstilskuddet er et fast beløp per år, er honorartakstene aktivitetsavhengige. Driftstilskuddet er ment å skulle dekke 40 pst. av bruttoinntekten ved praksisen, mens honorartakstene er ment å skulle dekke 60 pst. Driftstilskuddets størrelse og honorartakstenes innretning og størrelse fremforhandles i årlige forhandlinger mellom staten og aktuell profesjonsforening. I avtaleperioden 2006-2007 varierer driftstilskuddene for legespesialistene mellom 640.000 til 950.000 kroner. Regionale helseforetak er også part i disse forhandlingene. Forhandlingsresultatet er nedfelt i statsavtalen (separat avtale for hver av de to profesjonsforeningene).

SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 viser at de private legespesialistene med driftsavtale utgjorde om lag 560 årsverk i 2006. Antallet driftsavtaler er 760. Det er flest legespesialistårsverk innen øyesykdom (26 pst.), øre-nese-hals-sykdom (16 pst.) og fødselshjelp/kvinnesykdom (16 pst.). Private psykologspesialister er holdt utenom disse tallene.

Det er stor geografisk variasjon i lokaliseringen av avtalespesialistene. Avtalespesialistene avlaster i noen grad de offentlige poliklinikkene. SAMDATA sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 er sannsynligvis den publikasjon som har foretatt den mest omfattende analyse av private avtalespesialistenes bidrag i den nasjonale spesialisthelsetjenesten. Dette er gjort ved å inkludere avtalespesialistenes aktivitet i ratene for den norske befolkningen totale forbruk av spesialisthelsetjenester. Det vises til tabell 8.1.4.

Tabell 8.1.4 Konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1000 innbyggere i 2006.

	Estimerte private avtalespes. konsult. per 1000 innb.	ISF-opphold utført av private avtalespes. per 1000 innb.	Konsult ved offentlig poliklinikk per 1000 innb.	Dagkirurgi ved offentlig sykehus per 1000 innb.	Totalt antall konsult./opphold per 1000 innb.
Helse Øst	546	1	719	40	1 305
Helse Sør	448	0	748	44	1 240
Helse Vest	380	2	713	41	1 136
Helse Midt-Norge	324	0	827	44	1 194
Helse Nord	239	0	910	40	1 188
Totalt	431	1	757	42	1 230

Kilde: SAMDATA sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006.

Som tabellen viser, er ratene for privat avtalepraksisvirksomhet høyere i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseregionene med lavest forbruk av private avtalespesialistkonsultasjoner har imidlertid et høyere forbruk av konsultasjoner ved offentlige poliklinikker. Bruken av offentlige poliklinikker ser altså ut til å ha en utjevnende effekt på de geografiske forskjellene i totalt antall konsultasjoner.

Dagens finansieringsmodell innebærer at samtlige inntekter med unntak av refusjoner til private spesialister, private laboratorier og private røntgeninstitutt kanaliseres gjennom de regionale helseforetakene. Områder med høy dekning av private spesialister vil dermed kunne få en høyere behovsdekning, dersom disse spesialistene har en marginal behandlingskostnad som dekkes av egenandel og refusjoner fra NAV. Etter utvalgets mening kan tallene fra SAMDATA tyde på at private spesialister og offentlige poliklinikker i stor grad fungerer som substituerbare tjenester. Det er imidlertid uklart om det samlede forbruket av polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner hos private avtalespesialister fullt ut reflekterer behovet i alle deler av landet. Utvalget ber Helse- og omsorgsdepartementet utrede nærmere om geografiske variasjoner i tilgjengeligheten av poliklinisk behandling og private avtalespesialister medfører geografiske variasjoner i behovsdekning.

Private opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre

I tillegg til rehabilitering som foregår i helseforetak, ytes slike tjenester i private institusjoner. Utvalget viser til at det i mandatet står at en skal ta hensyn til de private opptreningsinstitusjonene, som ligger utenfor dagens inntektsfordelingssystem, i sine analyser. Dette er det tatt hensyn til ved at aktiviteten i disse institusjonene er inkludert i behovsanalyser senere i kapittel 8.1. Som bakgrunn for utvalgets arbeid, følger her en kort beskrivelse av området.

Bestiller- og finansieringsansvar for tilbudet i private opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre, attføringssentre og lungesykehus ble fra 1. januar 2006 overført til

de regionale helseforetakene. Overføringen skjedde gradvis fra 2003 ved at en økende del av bevilgningen til institusjonene ble overført til de regionale helseforetakene. Før 2003 ble oppholdsutgifter i opptreningsinstitusjoner dekket av folketrygden.

Å vurdere behovet for, og inngå avtaler med private opptreningsinstitusjoner, er nå en del av de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar. De regionale helseforetakene inngår avtaler med aktuelle institusjoner om hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket omfang og til hvilken pris. Det er etablert en ordning med at pasienter kan benytte plasser i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i andre regioner uten at det blir gjenstand for gjestepasientoppgjør mellom regionene. Utvalget kommer tilbake til dette i sitt forslag til inntektsfordelingssystem i kapittel 11. Avtalene inngås etter de regler som gjelder for offentlig anskaffelser. Det er partene ved inngåelse av avtale som bestemmer hvordan oppgjøret skal foretas. Fra 2007 ble det, som følge av en endring i forskrift om offentlige anskaffelser i 2006, gitt større adgang til direktekjøp, ved at det er åpnet for at kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å kunngjøre kjøpet etter prosedyrene i forskriften. Anskaffelsene må imidlertid fortsatt skje i samsvar med de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og forskriften. Dette gjelder krav om konkurranse så langt det er mulig, at innkjøper skal følge god forretningsskikk, at leverandørene skal likebehandles og at prosessen skal være forutsigbar, gjennomslutlig og mulig å etterprøve.

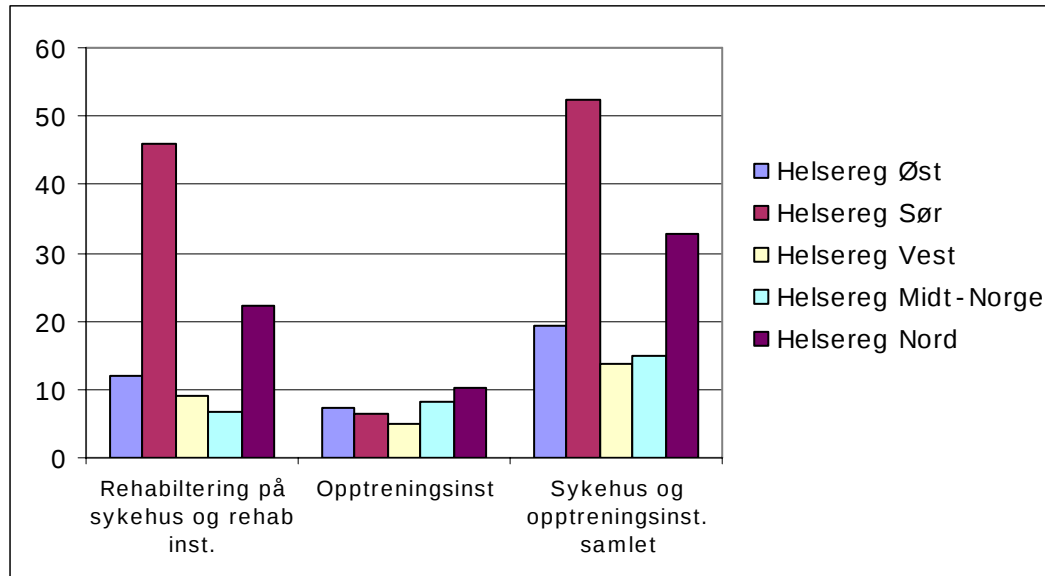
Ved inngåelse av avtaler med de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene tar de regionale helseforetakene utgangspunkt i behov i regionen. De regionale helseforetakene stiller krav til kvalitet, både når det gjelder personellens faglige kvalifikasjoner, og at ytelsen skal utføres i henhold til gjeldende lovgivning og øvrige myndighetskrav. Gjennom avtaler vil det også kunne stilles krav om hensiktsmessig bruk av ressursene, bl.a. faglig innhold i tilbudet og oppholdenes lengde.

I statsbudsjettet for 2008 er det foreslått å bevilge 1091,2 mill. kroner (kap. 732 post 70) til opptreningsinstitusjonene. Midlene er fordelt til de regionale helseforetakene etter institusjonenes geografiske lokalisering, og er «øremerket» kjøp hos private leverandører. Det er i dag en skjev geografisk fordeling av disse bevilgningene. Det skyldes at Helse Sør-Øst og Helse Nord av historiske årsaker, har flere av disse private institusjonene. Helse Vest har færre.

I SAMDATA Somatikk sektorrappport 2005 er det foretatt en analyse av variasjoner i forbruk mellom de fem regionale helseforetak når en ser virksomheten på de private opptreningsinstitusjonene i sammenheng med omfanget av rehabilitering på sykehus mv. Analysene tar utgangspunkt i ”sørge for”-ansvaret, dvs. bruken av tjenester, uavhengig av om behandlingen finner sted innenfor eller utenfor egen region. SAMDATA ser både på antall opphold og antall liggedager, men understreker at det er vanskelig å sammenligne aktivitet mellom de ulike institusjonene med utgangspunkt i disse målene.

Analysene viser at antall rehabiliteringsopphold på sykehus per 1000 innbygger er skjevt fordelt mellom helseregionene. Det går fram av figur 8.1.2 at befolkningen i helseregion Sør og deretter helseregion Nord har et betydelig høyere omfang av rehabiliteringsaktivitet på sykehus mv. Bruken av private opptreningsinstitusjoner bidrar heller ikke til å utjevne variasjonene. Ser en på omfanget av

rehabiliteringsaktivitet på sykehus og på opptreningsinstitusjoner samlet, er det fremdeles slik at befolkningen i helseregion Sør og deretter helseregion Nord framstår med et betydelig høyere omfang av rehabiliteringstjenester enn de andre helseregionene. Befolkningen i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har det laveste omfanget.



Figur 8.1.2 Omfang av primær og sekundær rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner og aktiviteten på opptreningsinstitusjoner i 2005 per helseregion. Antall opphold (døgnopphold og dagbehandling) per 1000 innbyggere. Kilde: SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005.

Bruken av liggedager som aktivitetsmål gir for samlet forbruk (privat og offentlig) noe mindre variasjoner mellom regionene, men hovedbildet er det samme. Helseregion Nord har med dette aktivitetsmålet det høyeste forbruket, deretter helseregion Sør. Helseregion Vest har det laveste forbruket.

Utvalget viser til at data både for rehabilitering innenfor ISF og for rehabilitering ved de private opptreningsinstitusjonene er inkludert i behovsanalysene senere i kapittel 8.1. Dette innebærer at behovsnøklene for somatikk kan benyttes til å fordele inntekter både til privat og offentlig rehabilitering.

8.1.3 Forholdet mellom behov og forbruk

Observerte forbruksrater kan være påvirket av forskjeller på tilbudssiden, jf. kapittel 6. Mulige tilbudssideeffekter er i analysene håndtert både ved å inkludere tilbudssidevariabler (reisetid til sykehus og til avtalespesialister), korrigere for nivåforskjeller i forbruk mellom helseforetaksområdene og ved at analysenivået ikke sammenfaller med tilbudssiden¹⁵. I tillegg kontrolleres det for forbruksvariasjoner som kan knyttes til forskjeller i kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester.

For å studere betydningen av pasientprioritering for behovsindeksene, har utvalget gjort utfyllende analyser av elektiv behandling utenom rehabilitering. Analysene er

¹⁵ Se forøvrig kapittel 6.3.2.3 for en drøfting av håndtering av tilbudssideeffekter.

basert på arbeid som er gjort i Helse Vest for å inndelegere pasienter i prioriteringsgrupper (Nordheim, 2005). Siden våren 2004 har det blitt utarbeidet veiledere for medisinske og kirurgiske avdelinger i Helse Vest. Veilederne spesifiserer hvilke pasienter som bør tildeles rett til nødvendig helsehjelp og lengste medisinsk forsvarlige ventetid. Tildelingen er gjort på bakgrunn av medisinske tilstandsbeskrivelser. I forbindelse med Forskningsrådets evaluering av sykehusreformen, har forskere ved HEB laget en oversikt som knytter tilstandsbeskrivelser til ICD-10 koder (Askildsen, Holmås og Kaarbøe, 2006). Det er imidlertid ingen éntydig sammenheng mellom tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, lengste forsvarlige ventetid og ICD-10 koder. Et annet potensielt problem er at tildelingen av prioritet delvis avhenger av forhold som er spesifikke for de enkelte avdelinger ved Haukeland sykehus.

Utvalget vurderer denne typen analyser som nyttige, men har etter en helhetsvurdering besluttet å basere sine anbefalinger på analyser som er gjennomført på et samlet pasientmateriale. Utvalget anbefaler imidlertid at det arbeides videre med problemstillinger knyttet til forholdet mellom behov for helsetjenester og prioriteringsforskriften for spesialisthelsetjenesten.

8.1.4 Forhold som påvirker befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester

Befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester påvirkes bl.a. av dens helsetilstand. Helsetilstanden til befolkningen er imidlertid ikke observerbar, og man kan dermed heller ikke basere geografisk fordeling av inntekter på denne. Utfordringer er dermed å finne et sett variabler som enten samvarierer med eller har innflytelse på helsetilstanden, og så benytte disse som kriterier for fordeling av inntekter. Sosioøkonomiske variabler og helseindikatorer kan gi indikasjon på helsetilstanden til befolkningen. Med helseindikatorer mener utvalget direkte indikatorer for helsetilstanden, som f.eks. dødelighet. Videre i kapittel 8.1.4 drøfter utvalget ulike faktorer eller trekk ved befolkningen som kan tenkes å påvirke regionale helseforetaks utgifter til somatiske spesialisthelsetjenester. Selve analysene er omtalt i kapittel 8.1.5.

Alderssammensetning

Det er godt dokumentert at behovet for somatiske spesialisthelsetjenester varierer med alder. Bruken av sykehustjenester er høyere blant eldre enn yngre, og de eldste har i tillegg gjerne mer kompliserte lidelser og sykdommer, behov for andre typer behandling og lengre liggetid (Huseby, 2004). Regionale helseforetak med høy andel eldre har derfor behov for større bevilgninger enn regioner med en relativt ung befolkning. Alder er derfor inkludert i utvalgets analyser.

Sosioøkonomiske forhold

Det foreligger etter hvert omfattende litteratur som dokumenterer at sosiale og økonomiske forhold har betydning for befolkningens helsetilstand. St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* tar for seg forskjeller som følger av utdanning, yrke og inntekt. Rapporten Sosial ulikhet i helse fra Folkehelseinstituttet (2007) gir en oversikt over sosial ulikhet i helse og risikofaktorer for sykdom i Norge i dag. Utvalget vil trekke fram følgende forhold som påvirker helsetilstanden, og som er omtalt og dokumentert i de to publikasjonene:

- Dersom befolkningen blir gruppert etter inntekt eller utdanningsnivå, kan en se at helsetilstanden (målt som dødelighet eller egenvurdert helse) i gruppene blir gradvis bedre i takt med økning i inntektsnivå eller utdanningslengde. Det er til dels store forskjeller i forventet levealder mellom yrkesgrupper, særlig blant menn. Ulikheter for yrkesklasser er vist for en rekke dødsårsaker, uførhet, psykisk helse, muskel-skjelettsykdom, hudsykdom og selvopplevd helse.
- Gjennom livsløpet beveger mennesker seg mellom ulike sosiale levevilkår som har betydning for helsen. I Norge synes den viktigste formen for helserelatert seleksjon å være når personer beveger seg inn og ut av arbeidslivet. Helseproblemer bidrar f.eks. til tidlig pensjonering, vedvarende arbeidsløshet og uføretrygd.
- Sammensatte og langvarige levekårsproblemer som svekker helsen er utbredt i enkelte grupper; bl.a. langtidsmottakere av sosialhjelp og enkelte innvandrergupper¹⁶. Selvrapportert sykkelighet er høyere i en del innvandrergupper enn i befolkningen for øvrig.
- Det foreligger lite kunnskap om sosiale forhold og helse i den samiske befolkning, og likeledes få studier som sammenligner samiske og norske forhold. Analyser fra Senter for samisk helseforskning, gjengitt i Rapporten Sosial ulikhet i helse fra Folkehelseinstituttet (2007), viser at det er store ulikheter i livsstil mellom samisk og norsk befolkning, men dette gjenspeiles bare i mindre grad i omfanget av egenrapportert sykdom. Det er store utdanningsforskjeller blant samisk og norsk befolkning, spesielt blant de eldste. På samme utdanningsnivå er det få forskjeller i selvrapportert sykkelighet mellom samisk og norsk befolkning.
- Flere studier peker i retning av at de som er gift eller lever i samboerforhold, gjennomgående har en bedre psykisk og fysisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Aleneboende menn og kvinner (45-59 år) med kort utdanning og/eller lav inntekt har høy dødsrisiko i norsk målestokk.

Utvalget finner det godt dokumentert at sosiale og økonomiske indikatorer vil ha betydning for helsetilstand, og dermed helseforbruket. Utvalget viser også til at denne typen av kriterier er benyttet i inntektsmodeller fra regionale helseforetak til helseforetaksnivå (Hagen, 2004, Kaarbøe, 2005, Hagen, 2007, Kaarbøe, 2007).

Utvalget har i sine analyser vurdert følgende indikatorer:

- andel med lav inntekt, andel med grunnskole som høyeste utdanning,
- andel sosialstønadsmottakere, andel arbeidsledige, andel utenfor arbeidsstyrken,
- andel ikke-vestlige innvandrere, andel asylsøkere, og
- andel enker/enkemenn, andel skilte, og
- en levekårsindeks.

Det er knyttet usikkerhet til operasjonaliseringen av næringsstruktur med hensyn til hvilke næringer eller yrker som gir økt helserisiko som medfører behov for spesialisthelsetjenester. Betydningen av næringsstruktur antas i stor grad å fanges opp av de øvrige inkluderte variablene. Utvalget velger derfor ikke å inkludere kriterier knyttet til næringsstruktur.

Levekårsindeksen skal fange opp betydning for helsetjenester av levekår og sosiale forhold som ikke fanges opp av de øvrige sosioøkonomiske variable. Den må sees på som et alternativ til å bruke mange av de andre indikatorene som er listet opp over.

¹⁶ Innvandrere er definert som personer hvor begge foreldre er født utenfor Norge.

Det er tatt utgangspunkt i SSBs delindekser for levekårsproblemer på kommunenivå. Innledende analyser viste at tre av disse delindeksene (sosialhjelp, vold og attføring), har en viss betydning for forbruket. Disse er derfor inkludert i utvalgets levekårsindeks.

Klima- og breddegradsindeks

Utvalget viser til at det i debatten om dagens kostnadsnøkler har vært trukket fram at klima synes å ha betydning for forbruket innen spesialisthelsetjenesten. Tidligere analyser av forbruk av helsetjenester (Carlsen, 2006) viser at variabler som karakteriserer klima gir signifikant utslag på forbruk. Utvalget har fulgt opp disse analysene og inkludert mål på klima og breddegrad i analysene av forbruket av somatiske tjenester.

Eksisterende litteratur om disse forholdene er i stor grad knyttet til effekter på dødelighet, og fokuserer i stor grad på to tema; effekt av ekstreme klimaforhold (som f.eks. varmebølger og ekstreme kuldeperioder) og effekter av sesongsvingninger i klima. Utvalget har brukt mye tid på å diskutere denne variabelen, og har også bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om en vurdering. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sin tilbakemelding er at dette er et område hvor det vil være vanskelig å etablere en "årsak-virkning", og antyder at en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen vil ta fra 6-24 måneder. Dette har utvalget vurdert å være utenfor rammen av sitt arbeid.

I utvalgets analyser er det brukt fire variabler for å karakterisere klimaet i en kommune og geografisk plassering; sommertemperatur, vintertemperatur, nedbør og breddegrad. De tre første variablene er beregnet som gjennomsnitt for perioden 2000-2006 og er basert på data fra Meteorologisk Institutt.

Det er laget en indeks som inkluderer (lav) sommertemperatur, (høy) vintertemperatur, (mye) nedbør og (høy) breddegrad. Innledende analyser hvor de enkelte variablene inngikk separat, viste at dårlig klima, definert i forhold til økt forbruk av sykehustjenester, karakteriseres gjennom kalde somre, varme vintre, mye nedbør og høy breddegrad.

Både levekårsindeksen og indeksen for klima og breddegrad skal fange opp forhold ved bosted som utvalget har grunn til å tro påvirker helsetilstand, og dermed behov.

Helsetilstand

Som nevnt ovenfor, er det dokumentert at sosioøkonomiske forhold har betydning for befolkningens helsetilstand. Underliggende forskjeller i sykkelighet som skyldes ulike sosioøkonomiske forhold kan delvis ivaretas gjennom å bruke dødelighet som kriterium. Dette gjøres bl.a. i de engelske og skotske inntektssystemene for helsesektoren. Dødelighet vil i tillegg kunne fange opp høyt forbruk av spesialisthelsetjenester i slutfasen av livet. Utvalget viser også til at dødelighet var med i kostnadsnøkkelen for helsetjenester under fylkeskommunene, men ble tatt ut av Hagen-utvalgets forslag til kostnadsnøkkel fordi det ikke viste en stabil effekt i de analyser som da ble gjennomført. Utvalget har derfor valgt å foreta nye analyser av dødelighet og dens betydning for forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester.

Utvalget har også valgt å inkludere følgende variabler som indikatorer på helsetilstand:

- antall personer med legemeldt sykefravær som andel av sysselsettingen,
- antall uføretrygdde per innbygger og
- antall som mottar rehabiliteringspenger per innbygger.

Legemeldt sykefravær antas å fange opp helsetilstanden til den som er sykmeldt og befolkningens helsetilstand generelt. Som påpekt over, er det godt dokumentert at helseproblemer bidrar til uføretrygd, og uføretrygd og rehabiliteringspenger benyttes derfor også som indikatorer for helsetilstanden til befolkningen. Dette er også variabler som i utstrakt grad blir benyttet i andre lands inntektsfordelingssystemer (Rice og Smith, 2001).

Storby

Variabler som fanger opp ulik grad av urbanitet/ruralitet benyttes også i inntektsfordelingsmodeller. Utvalget vurderer dette i forbindelse med kompensasjon for kostnader i kapittel 9, men har også vurdert inklusjon av et storbykriterium i behovsanalysene. Storbyene kan tenkes å ha særskilte helseproblemer knyttet til forurensing, trengsel etc. Resultatene tyder imidlertid på at en storbyvariabel har lite å si for forbruket når øvrige behovsvariabler inkluderes, og variabelen er derfor utelatt i de videre analyser.

Tilbudssidevariabler

Et problem ved forbruksanalyser er at resultatene kan gjenspeile historiske forbruksmønstre og dermed også hvilket helsetilbud som har vært gitt. Utvalgets analysemetode søker å isolere effektene av behandlingsbehovet på forbruket ved å kontrollere for tilbudseffekter, jf. kapittel 8.1.3.

En aktuell tilbudssidevariabel kan være avstand eller reisetid til sykehus. Utvalget har derfor inkludert en variabel som beskriver reisetid til senteret i nærmeste kommune med somatisk sykehus utenom spesialsykehus (i timer), heretter kalt reisetid til sykehus.

Tilsvarende kan det være aktuelt med tilbudssidevariabler som beskriver reisetid til nærmeste private spesialist. Utvalget har derfor foretatt analyser på en variabel som er definert som reisetid i timer til senteret i nærmeste kommune med privat spesialist beregnet som gjennomsnitt over fem spesialiteter.

Det kan også tenkes at det kommunale pleie- og omsorgstilbudet og allmennlegetilbudet kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester. Utvalget har derfor foretatt analyser av variabler som beskriver dekningsgraden for institusjonsplasser blant eldre samt andel legevikarer.

8.1.5 Analyser og resultater

I arbeidet har utvalget tatt utgangspunkt i følgende kategorier for behandling i somatikk:

- Øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling utenom rehabilitering (dag- og døgnbehandling) som omfattes av ISF

- Poliklinisk behandling (ekskl. laboratorie- og røntgenvirksomhet) som ikke omfattes av ISF
- Behandling hos private avtalespesialister innen somatikk
- Rehabilitering som omfattes av ISF
- Behandling i opptreningsinstitusjoner

Det er gjennomført analyser av forbruket for alle de fem tjenestene samlet. Hvordan tjenestene er vektet sammen er nærmere beskrevet i vedlegg 6.

Utvalget har særlig drøftet datagrunnlaget for laboratorie- og røntgenvirksomhet samt rehabilitering i ISF-ordningen.

Dessverre er de fleste laboratorieprøver og røntgenundersøkelser ikke med i forbruksdataene for offentlige poliklinikker fra Norsk Pasientregister. Data for private laboratorier og privat røntgenvirksomhet er tilgjengelig, men forbruket av de private tjenestene er skjev fordelt mellom regionene. Samlet forbruk av private laboratorier (målt i statlige refusjoner) i Helse Øst og Helse Sør i 2006 ligger 60 pst. over landsgjennomsnittet, mens det i de andre regionene ligger på 10-30 pst. av landsgjennomsnittet. Bildet er det samme når det gjelder forbruk av privat røntgenvirksomhet, men med mindre avvik fra landsgjennomsnittet. Når det gjelder forbruk av offentlige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser, er fordelingen av forbruk mellom regionene motsatt sammenlignet med privat forbruk. Manglende data for omfanget av laboratorie- og røntgenvirksomhet kan være et problem dersom behovet for disse tjenestene påvirkes av andre forhold enn behovet for øvrige somatiske tjenester. For å undersøke dette har utvalget gjennomført analyser med anslag på aktivitet for offentlige laboratorie- og røntgenvirksomhet i de ulike regionene (basert på datamateriale fra Oslo og Akershus). Dette påvirket imidlertid ikke analyseresultatene i nevneverdig grad. Utvalget forutsetter dermed at behovet for laboratorieprøver og røntgenundersøkelser korrelerer med behov for øvrige sykehus tjenester og fanges opp gjennom analysen av disse. Når det gjelder geografiske variasjoner i trygderefusjoner for laboratorie- og røntgentjenester vises det til kapittel 8.1.2.

Når det gjelder rehabilitering i ISF, har utvalget drøftet om det kan være geografiske forskjeller i kodingspraksis, og om en av den grunn bør utelate data fra rehabilitering i ISF-ordningen og private opptreningsinstitusjoner. Utvalget vurderer at å ekskludere rehabilitering introduserer en mulig ny feilkilde ved at det kan være geografiske forskjeller i kodingspraksis med hensyn til avgrensing av rehabiliteringsopphold. Videre er utvalget i mandatet bedt om å "ta hensyn til endringer i oppgaveporteføljen til regionale helseforetak...". Utvalget vurderer at analyser som omfatter private opptreningsinstitusjoner gir best mulighet til å ivareta dette hensynet. Utvalget viser også til at utvalget konsekvent har valgt å benytte offisielle data fra Norsk pasientregister. Utvalget har derfor valgt å inkludere rehabilitering og opptrening i analysene¹⁷.

¹⁷ Analysene er basert på datamateriale for 2005 og er ikke justert for avkorting av endagsopphold for rehabilitering og heller ikke for de mange nye refusjonsregler i ISF-ordningen som ble innført i 2006.

Analyseenhetene er ”celler” som kombinerer kjønn, fødselsår og bostedskommune. For eksempel vil menn, født i 1957, bosatt i Elverum være en celle. Det er ikke mulig å koble informasjon om pasientbehandling med registerdata fra SSB på individnivå (som er nivået for mange av behovsvariablene), men dette er mulig på cellenivå siden pasientstatistikk har opplysninger om kjønn, fødselsår/alder og bostedskommune. Opplegget innebærer at en totalt kommer opp i over 72.000 analyseenheter eller celler. Registerdata for forklaringsvariablene for 2006 har ikke vært mulig å skaffe innenfor utvalgets tidsrammer. For at ikke forbruket skal måles for langt unna forklaringsvariablene er derfor 2004 og 2005 valgt som analyseår. Det ikke har vært mulig å skaffe data for private spesialister tilpasset utvalgets formål for disse årene. Dataene for private spesialister er derfor fra 2006.

Det er utført analyser som undersøker betydningen av ulike behovsvariabler for forbruket per innbygger på cellenivå, tatt hensyn til forskjeller i helsetjenestetilbudet innbyggerne i en kommune står overfor. Analyser av forbruk er gjort samlet for alle de fem tjenestene ved bruk av regresjonsanalyser.

Analyse på cellenivå innebærer for det første at analysenivået er nært individnivå¹⁸. Dette reduserer mulig korrelasjon mellom behovsvariabler og tilbudssideforhold. For det andre innebærer det at datamaterialet omfatter svært mange observasjoner og således gir et rikt informasjonsgrunnlag for å avdekke sammenhenger mellom forbruk og behovsvariable.

Det er undersøkt effekt av fire grupper av behovsvariabler (aldersvariable, helsevariable, sosioøkonomiske variabler inkl. levekårsindeks, og klimabreddegradsindeks) som omtalt i kapittel 8.1.4. Det er inkludert forklaringsvariabler som er målt både på individnivå og på kommunenivå. For noen variabler er det ikke mulig å spesifisere variabelen på individnivå og de inngår da kun på kommunenivå. Tolkning av effekter av variabler som måles på kommunenivå er at de fanger opp effekter av faktorer som kjennetegner generelle helseforhold, sosiale forhold eller levekårsforhold i kommunen. Effekten av forklaringsvariabler er tillatt å variere med alder. Dette gjøres ved å multiplisere variablene med dummy variabler for alderskategorier. Hvis effektene av variablene varierer lite mellom alderskategorier, er flere alderskategorier slått sammen.

Nedenfor gis en gjennomgang av analyseresultatene. Datamaterialet og resultater som ligger til grunn i beregning av kriterievekter er nærmere beskrevet i vedlegg 6.

Aldersvariabler

Med unntak av de første leveårene, viser analysene at samlet forbruk øker med alderen. Aldersvariablene har med andre ord stor betydning for forbruket. Dette er i tråd med etablert kunnskap om behov for sykehustjenester.

Helsetilstand

Analysene viser at de fire helsevariablene som er undersøkt har betydning for forbruk av somatiske sykehustjenester. Alle fire variablene, dødelighet, legemeldt sykefravær, uføretrygdede og mottakere av rehabiliteringspenger, har forventet positiv effekt på

¹⁸ For enkelhets skyld brukes begrepet individnivå synonymt med begrepet cellenivå i fortsettelsen.

individnivå. Sykefravær på kommunenivå har også betydning for forbruket til barn/unge under 20 år og eldre over 67 år. Utvalget tolker dette som at sykefraværsvariabelen fanger opp den generelle helsetilstanden i befolkningen, og dermed også forbruket hos de grupper som er utenfor arbeidsstyrken, og som ikke kan registreres som sykemeldte.

Sosioøkonomiske variabler

Analysene viser at mange av de sosioøkonomiske variablene som er undersøkt har begrenset effekt på forbruket av helsetjenester. Dette gjelder: inntekt (flere ulike operasjonaliseringer er undersøkt både basert på personinntekt og inntekt på kommunenivå), andel utenfor arbeidsstyrken, andel ikke-vestlige innvandrere, andel enker/enkemenn og andel skilte.

Når det gjelder inntekt gir analyseresultatene ingen eller motsatt effekt av forventet, lav inntekt er forbundet med lavere forbruk alt annet likt. Det er usikkert hvordan resultatet skal tolkes. En mulig tolkning er at personer med lav inntekt har udekket behov. Men det kan også tenkes alternative tolkninger. På samme måte som for inntekt, kan det også tenkes at det ikke-signifikante resultatet for andel ikke-vestlige innvandrere avspeiler udekket behov. I mangel av sikker kunnskap om hva som ligger bak resultatene, har utvalget valgt å utelate inntekt og ikke-vestlige innvandrere fra de videre analysene.

I analysene er også antall asylsøkere i mottak per innbygger på kommunenivå inkludert som forklaringsvariabel. Variabelen inkluderes for å ta høyde for høyere forbruksrater i kommuner med asylmottak. Resultatene viser også at variabelen har en positiv effekt på forbruket av sykehustjenester.

Analysene viser at andelen med grunnskole som høyeste fullførte utdanning har effekt på forbruk i aldersgruppen 20-59 år. Effekten er negativ på individnivå, mens den er positiv på kommunenivå. Utvalget tolker dette resultatet som at utdanningsnivået på kommunenivå avspeiler den generelle helsetilstanden, mens personer med grunnskole som høyest utdanning kan ha et udekket behov.

Flere av de sosioøkonomiske variablene som er undersøkt har ikke betydning når de måles på individnivå. For å fange opp eventuelle effekter av levekårsvariabler på kommunenivå har utvalget som nevnt laget en indeks basert på et utvalg av delindeksene i SSBs levekårsindeks¹⁹. Utvalgets levekårsindeks er gjennomsnittet av delindeksene for sosialhjelp, voldskriminalitet²⁰ og attføring. Av de øvrige delindeksene i SSBs levekårsindeks er to (utdanning og dødelighet) inkludert som enkeltvariabler, mens de to siste (arbeidsledighet og overgangsstønad) ikke har betydning på forbruk, verken når de måles på individ- eller kommunenivå.

Analyseresultatene viser positiv sammenheng mellom levekårsindeksen og forbruk for henholdsvis unge pasienter i alderen 0-19 år og eldre over 66 år. Effekten er

¹⁹ Se <http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/>.

²⁰ Voldskriminalitet er i år tatt ut fra Statistisk sentralbyrå sin levekårsindeks. Denne delindeksen har vært basert på antall siktelsener for voldskriminalitet. Tall for siktelsener er ikke lenger betraktet som en enhet som kan brukes til statistiske formål pga. omlegginger i strafferegister og statistikken over etterforskede lovbrudd. Statistisk sentralbyrå publiserer imidlertid tall for antall anmeldte lovbrudd pga. vold og denne kan ev. erstatte voldssiktelsener i utvalgets levekårsindeks.

sterkest for de eldre. At levekårsindekser fungerer best for yngre og eldre kan forklares slik: variablene sykefravær, uføre- og rehabiliteringspenger inngår ikke, fordi de ikke har mening på individnivå for eldre og yngre. Levekårsindeksen kan ses på som indikator på kommunenivå som fanger opp mye av det samme for yngre og eldre som trygdeytelsesvariablene fanger opp på individnivå for personer som er i aldersgrupper som kan motta slike ytelser.

Klima og breddegrad

Analysene viser at det er sammenheng mellom klima og breddegrad og forbruk av spesialisthelsetjenester. Effekten er sterk og statistisk signifikant. I analysene er effekten tillatt å variere for aldersgruppene henholdsvis over og under eller lik 66 år. Den estimerte effekten er sterkest for personer over 66 år.

Tilbudssidevariabler

Analysene viser at effekten av reisetid til sykehus på samlet forbruk er negativ, dvs. at jo kortere avstand til sykehus jo høyere forbruk per innbygger. Effekten er sterkest blant eldre over 67 år. Dette resultatet er i overensstemmelse med andre analyser (f.eks. Kalseth, 2007, Nerland, 2006, Haynes mfl., 1999). Innledende analyser på enkelttjenester viste at avstand til sykehus i første rekke har betydning for nivået på ø-hjelpsinnleggelser og polikliniske konsultasjoner, og i liten grad hadde betydning for elektive innleggelser, rehabiliteringsopphold eller opphold ved private opptreningsinstitusjoner.

Variabelen som beskriver reisetid til nærmeste avtalespesialist, har positiv effekt på forbruket, dvs. at lang reisetid til private spesialister medfører høyere samlet forbruk. Innledende analyser viste at avstand til avtalespesialist i første rekke øker forbruket av polikliniske konsultasjoner.

Innledende analyser viste også at det ser ut til å være en viss grad av substitusjon mellom rehabilitering ved sykehusene og ved opptreningsinstitusjonene. Lang reisetid til rehabiliteringstilbud i helseforetakenes regi reduserer forbruket av rehabilitering ved helseforetakene og øker forbruket ved opptreningsinstitusjonene, mens lang reisetid til private opptreningsinstitusjoner reduserer forbruket ved opptreningsinstitusjonene og øker elektive innleggelser og rehabilitering ved helseforetakene. Reisetid til rehabilitering og opptreningsinstitusjoner inkluderes ikke i analysene av samlet forbruk da disse to tjenestene utgjør en forholdsvis liten del av samlet forbruk.

Variablene som beskriver det kommunale tjenestetilbudet bidrar også til å forklare forbruksvariasjoner. Høy institusjonsdekning i pleie- og omsorgssektoren bidrar til lavere forbruk av sykehustjenester for aldersgruppen over 80 år, mens høy andel vikarer i fastlegehemler bidrar til høyere forbruk for alle over 20 år. Resultatene er i tråd med andre analyser som også viser at kommunenes tjenestetilbud har betydning for sykehusforbruk (f.eks. Kalseth, 2007, Nerland, 2006, Huseby, 2006, Kjekshus, 2005, Gautung mfl., 2001).

Resultater fra analyse av selvrapportert helse

For å ha supplerende informasjon i vurderinger av resultatene fra forbruksanalysene har utvalget også foretatt analyser av selvrapportert helse basert på data fra 40-årsundersøkelsene gjennomført i perioden 1997-99. Så langt datamaterialet har tillatt det er de samme typer variabler inkludert i disse analysene.

Det er i hovedsak samsvar mellom analysene av forbruk og selvrapportert helse for de fleste variabelgruppene. Helseindikatorene sykmeldte, uføretrygdte samt attføring er negativt korrelert med selvrapportert helse for 40-åringer. I likhet med forbruksanalysene viser analysene at arbeidsledighet ikke har signifikant betydning for forskjeller i helsetilstand når det kontrolleres for andre faktorer som påvirker selvrapportert helse. Resultatene fra analysene av selvrapportert helse støtter også opp under resultatene fra forbruksanalysene når det gjelder betydning av klima og breddegrad. Det er altså en signifikant sammenheng mellom klimavariablene og breddegrad og helsetilstand slik den vurderes av 40-åringene selv.

Hovedforskjellen mellom analysene av selvrapportert helse og forbruksanalysene er knyttet til sosiale indikatorer som beskriver personlige ressurser. Det er en sterk positiv sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og selvrapportert helse. Videre gir resultatene fra analysene av selvrapportert helse at ugifte, skilte og separerte vurderer sin helse som dårligere enn andre med annen sivilstatus. Ikke-vestlige innvandrere vurderer også sin helse som dårligere enn den øvrige befolkningen.

Det er knyttet noen forbehold til sammenligning av resultater fra analysene av selvrapportert helse og forbruksanalysene. For det første er analysene av selvrapportert helse kun basert på opplysninger om 40-åringer, de dekker med andre ord et svært begrenset utvalg av den samlede befolkningen. For det andre er det ikke nødvendigvis et en-til-en forhold mellom selvrapportert helse og behov for spesialisthelsetjenester. Utvalget finner likevel at disse supplerende analysene støtter opp under resultatene fra forbruksanalysene.

8.1.6 Utvalgets vurdering og forslag til ny behovsnøkkel for somatikk

Utvalget har i sin gjennomgang 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. Utvalget har basert sine analyser på et datamateriale som gir et godt grunnlag for å isolere effekter av ulike behovsvariabler og forhold på tilbudssiden. Utvalget vurderer at analysene representerer en vesentlig forbedring i forhold til tidligere analyser av forbruksvariasjoner innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste.

Analyseresultatene som er gjennomgått i kapittel 8.1.5 viser at mange av de undersøkte variablene bidrar til å forklare forbruksvariasjoner på individnivå.

Alder har, som forventet, stor betydning for forbruk av sykehus tjenester. Utvalget foreslår en aldersinndeling i ti aldersgrupper (0-5 år, 6-12 år, 13-17 år, 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre) som inkluderes som kriterier i inntektsfordelingsmodellen.

Befolkningens helsetilstand påvirker behovet for helsetjenester. Utvalget har undersøkt betydningen av flere helsetilstandsindikatorer. Analyseresultatene tilsier 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. Dødelighet inngår som kriterium for aldersgruppene 20 år og eldre, legemeldt sykefravær har betydning for alle aldersgrupper og inngår som kriterium for hele befolkningen²¹, mens uføretrygd og rehabiliteringspenger inngår for aldersgruppene 18-67 år²². Utvalget viser til diskusjon av påvirkbarhet i kapittel 6.5. Utvalget anser at en mulig kobling mellom de kriteriene som utvalget foreslår som er basert på antall mottakere av trygderefusjoner og beslutninger som fattes i de regionale helseforetakene vil være svak og ikke representere et vesentlig problem med hensyn til inklusjon i behovsnøkkelen. Et viktigere moment er at den innsats som helseforetakene gjør for å bidra til å redusere sykefravær mv. vil, slik variabelen nå står, gi reduserte inntekter for helseforetakene. Det gir gale insitamenter i forhold til sentrale politiske målsettinger. Ett tredje forhold er at variablene kan påvirkes av andre forhold enn helsetilstand, f.eks. konjunkturforskjøvet, og derfor kan variere over tid. Utvalget anbefaler derfor at variablene beregnes som gjennomsnitt over en tidsperiode og låses til dette nivået.

Utvalget har undersøkt betydningen av en rekke sosioøkonomiske kriterier. 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 antar at dette reflekterer behov knyttet til kjennetegn ved helsetilstanden til befolkningen. Utvalget foreslår at kriteriet tas med i behovsnøkkelen. Utvalget finner det også dokumentert at andre levekårsindikatorer på kommunenivå har betydning for behov for sykehustjenester og foreslår at en levekårsindeks, som er målt som et gjennomsnitt av delindekser for sosialhjelp, voldskriminalitet og attføring, tas med som et kriterium. Fordi delindeksene for sosialhjelp og attføring kan tenkes å variere over tid også pga. forhold som ikke er knyttet til helsetilstand, f.eks. konjunkturer og kommuneøkonomi, anbefaler utvalget at svingninger jevnes ut ved at variabelen beregnes som glidende gjennomsnitt over en tidsperiode. Utvalget har merket seg at Regjeringen i desember 2007 har foreslått å erstatte rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uføretrygd med en ny midlertidig folketrygdsytelse kalt arbeidsavklaringspenger. Dersom dette forslaget blir innført vil det få betydning for inklusjon av kriterier i inntektsfordelingsmodellen, men det vil være fullt mulig å håndtere dette også med dagens datagrunnlag.

Som omtalt under analyseresultatene i kapittel 8.1.5, gir ikke forbruksanalysene grunnlag for å inkludere kriterier for inntekt, sivilstatus og innvandrere. Videre er effekten av utdanning målt på individnivå motsatt av det man ville forventet. Det kan tenkes at disse befolkningsgruppene har et underforbruk eller udekket behov av somatiske spesialisthelsetjenester. Analyser av selvrapportert helse for 40-åringene viser en positiv sammenheng mellom helsetilstand og inntekts- og utdanningsnivå, og en negativ effekt på helsetilstand for ugifte/skilte/separerte og ikke-vestlige

²¹ Variabelen er målt på kommunenivå for aldersgruppene 0-19 år og 67 år og over og på individnivå for aldersgruppen 20-66 år.

²² Alderskuttene for disse variablene er ikke identisk med alderskuttene i analysene. Alderskuttene for mottakere av trygderefusjoner er 18-67 år og disse ligger til grunn i beregningene av vektorer og andeler på regionnivå. Datasettet som er brukt i analysene er tilrettelagt med andre alderskutt for disse variablene.

innvandrere. Utvalget har vurdert om en skjønnsmessig skal justere opp betydningen av disse gruppenes behov i normert forbruk. Utvalget vurderer at det har for lite dokumentasjon på at disse gruppene har et underforbruk av somatiske spesialisthelsetjenester. Når det f.eks. gjelder innvandrere vet vi at mange av de sykdommene som er overrepresentert blant innvandrere (eksempelvis type 2-diabetes og dårlig tannhelse) først og fremst leder til høyere forbruk av primærhelsetjenester og tannhelsetjenester. Etter en samlet vurdering har utvalget valgt å ikke justere skjønnsmessig for disse gruppene i modellen for somatiske spesialisthelsetjenester. Utvalget viser for øvrig også til drøfting om skjønnsmessig justering for sosialhjelpsmottakere og innvandrere for psykisk helsevern i kapittel 8.2 og storbyproblematikk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i kapittel 8.3.

Analysene viser at antall asylsøkere per innbygger i kommunene bidrar til høyere forbruksrater. Utvalget vurderer at variabelen ikke er egnet som et kriterium i inntektsmodellen fordi den varierer betydelig over tid, men den er inkludert i analysene for å ta høyde for høyere forbruksrater i kommuner med asylmottak.

Analysene som utvalget har utført viser at en indeks som fanger opp effekter av klima 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 å inkludere variabelen i inntektssystemet. Utvalget har brukt mye tid på diskusjon og tolkning av denne variabelen. Som tilfellet også er for flere av de andre variablene som utvalget har inkludert, er det ikke klart dokumentert en kausalsammenheng mellom variabelen og helsetilstand og dermed behov for helsetjenester. Variabelen kan derfor også fange opp bakenforliggende faktorer som utvalget ikke har inkludert i sine analyser. Utvalget har, på bakgrunn av at variabelen har en usikker tolkning og at dette er en ny variabel i inntektssystemsammenheng, valgt å anbefale at den skjønnsmessig innvektes i behovsnøkkelen med 20 pst. av beregnet vekt.

Medlemmene Hagen, Lindahl og Robertsen vil tilkjennegi betydelig usikkerhet knyttet til indeksen som beskriver klimatiske forhold og beliggenhet målt ved nedbørsmengde, sommer- og vintertemperatur og breddegrader. Usikkerheten bunner i at disse medlemmene i liten grad finner faglig dokumentasjon for at klimatiske forhold og beliggenhet innen et land påvirker helsetilstand og etterfølgende behov for spesialisthelsetjenester på den måten som det her forutsettes. Usikkerheten bunner også i operasjonaliseringen av elementer i kriteriet.

Når det gjelder den kausale effekten av klimatiske forhold på helsetilstand og behovet for helsetjenester, vil disse medlemmene påpeke at det meste av den kliniske og epidemiologiske litteraturen på dette området ikke diskuterer variasjoner i normalklima slik som det analyseres her, men er opptatt av ekstreme klimaforhold og -variasjoner; i første rekke perioder med ekstrem varme eller ekstrem kulde. Slike forhold har dokumenterte effekter på enkelte sykdommer og på dødelighet. Når det gjelder nedbør har en gjennom dette utvalgsarbeidet ikke funnet studier som dokumenterer sammenhenger med helsetilstand og behov for spesialisthelsetjenester. Samtidig ser også disse medlemmene at variablene som er benyttet i analysene for å beskrive klimatiske forhold har statistisk signifikans. En slik signifikans kan reflektere

årsaksforhold, men den kan også reflektere andre bakenforliggende forhold, både utelatte eller feilspesifiserte behovsvariabler og utelatte tilbudssidevariabler.

Når det gjelder operasjonaliseringen av kriteriet, vil disse medlemmene påpeke at breddegrader i analysene viste seg å ha positive statistiske effekter på forbruk av helsetjenester, men at sammenhengen var ikke-lineær. Den statistiske effekten av breddegrader på forbruket øker fra sør til nord om lag til Dovre. Nord for Dovre er den statistiske effekten av breddegrader i hovedsak uttømt. I fordelingsmodellen som er etablert inngår imidlertid breddegrader lineært. Dette har som isolert effekt at inntektsfordelingsmodellen gir økte overføringer til lenger nord en innbygger bor, selv om det empirisk ikke er etablert noen slik sammenheng. Dette representerer en feilspesifisering av kriteriet.

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 maksimalt en femtedel av dets empiriske verdi. Disse medlemmene vil vise til at utvalget i kapittel 12 anbefaler at det arbeides videre med analyser av effekter av klimatiske forhold på folks behov for helsetjenester og hvordan operasjonaliseringen av kriteriet skal skje.

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

Analysene omfatter variabler som beskriver kjennetegn ved *tjenestetilbudet* både på helseforetaksnivå (reisetid til sykehus og avtalespesialister) og kommunenivå (dekkningsgrad for institusjonsplasser og andel legevikarer). Når det gjelder reisetid til sykehus, mener utvalget at det ikke skal kompenseres for at nærhet til sykehustjenestene gir økt forbruk. Dette resultatet må betraktes som å reflektere lavere terskel for bruk av sykehustjenester og ikke som ett uttrykk for høyere behov.

Utvalget vurderer at det er usikkert hvordan den positive effekten av reisetid til avtalespesialist skal tolkes. Denne variabelen tas derfor ikke med.

Utvalget anbefaler variabler som karakteriserer det kommunale tjenestetilbudet ikke inkluderes. Det vil stride mot systemets intensjon å kompensere for manglende tilbud i kommunesektoren. For det første vil dette kunne svekke kommunenes insitament til å utvikle et godt behandlingstilbud. For det andre vurderer utvalget at å utjevne forskjeller i kommunalt tilbud tilligger inntektssystemet for kommunesektoren og ikke inntektssystemet for de regionale helseforetakene. Utvalget anerkjenner imidlertid utfordringene enkelte helseforetak står overfor pga. mangelfullt utbygd eller ustabilt kommunalt tilbud. Utvalget legger derfor til grunn at inntektssystemet for kommunesektoren legger til rette for likeverdige primærhelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester.

Forslag til behovsnøkkel for somatikk

Utvalget baserer sitt forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester på resultatene fra analysene av forbruksvariasjoner som utvalget har utført. Innvektingen av de enkelte kriteriene er beregnet ut fra resultatene som er vist i tabell 6.2 i vedlegg

6. For indeksen som fanger opp klima og breddegrad er kriteriet vektet inn med 20 pst. av vekten som følger av analyseresultatene.

Utvalgets vurderinger er oppsummert i boks 8.1.

Boks 8.1 Vurdering av fordelingskriterier, somatiske tjenester.	
Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Inngår i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Alder</i>	10 aldersgrupper. Alder har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester.
<i>Dødelighet</i>	Antall døde per innbygger 20 år og eldre. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester.
<i>Andel sykmeldte</i>	Arbeidstakere med legemeldt sykefravær som andel av arbeidstakere i alt. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester. Kriteriet bør låses til et gjennomsnitt over flere år.
<i>Andel uføretrygdete</i>	Andel uføretrygdete i befolkningen 18-67 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester. Kriteriet bør låses til et gjennomsnitt over flere år.
<i>Andel med rehabiliteringspenger</i>	Andel som mottar rehabiliteringspenger i befolkningen 18-67 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester. Kriteriet bør låses til et gjennomsnitt over flere år.
<i>Andel grunnskole</i>	Andel i befolkningen 20-59 år som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester.
<i>Levekårsindeks</i>	Gjennomsnitt av delindeksene for sosialhjelp, voldskriminalitet og attføring fra SSB sin levekårsindeks. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester for befolkningen i aldersgruppen 0-19 år og 67 år og eldre. Anbefales beregnet som glidende gjennomsnitt for flere år.
<i>Indeks for klima og breddegrad</i>	Indeks for klima (nedbør, sommer og vintertemperatur) og breddegrad (breddegrad). Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av somatiske tjenester for hhv befolkningen i aldersgruppen 0-66 og 67 år og eldre. Vektes inn med 20 % av beregnet vekt fra analyseresultatene.
Inngår ikke i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Kjønn</i>	Forbruket av sykehustjenester er kjønnsrelatert, men kjønns sammensetningen varierer ubetydelig mellom regionene.
<i>Inntekt</i>	Ulike mål på personinntekt og kommuneinntekt er prøvd. Påvirker ikke forbruket. Kan tolkes som underdekning, men alternative tolkninger finnes. Vanskelig å innlemme skjønsmessig.
<i>Sivilstatus</i>	Andel hhv ugifte/skilte og separerte/ enker og enkemenn. Påvirker ikke forbruket.
<i>Arbeidsledighet</i>	Påvirker ikke forbruket.
<i>Overgangsstønad</i>	Påvirker ikke forbruket.
<i>Næringsstruktur</i>	Uklar operasjonalisering. Antas å fanges opp av øvrige variable.
<i>Innvandring</i>	Andel ikke-vestlige innvandrere. Påvirker ikke forbruket. Kan tolkes som underdekning men vanskelig å finne god dokumentasjon som underlag for skjønsmessig innlemming i nøkkelen.
<i>Asylsøkere</i>	Antall asylsøkere per innbygger. Påvirker forbruket men er en ustabil variabel, antallet kan variere mye fra år til år.
<i>Tilbudssidevariabler – spesialisthelsetjenesten</i>	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste sykehus og avtalespesialister. Påvirker forbruk, men reflekterer ikke nødvendigvis behovsforskjeller i befolkningen.
<i>Tilbudssidevariabler – Kommunale tjenester</i>	Antall institusjonsplasser per eldre over 80 år og andel legevikarer. Påvirker forbruk, men reflekterer ikke nødvendigvis behovsforskjeller i befolkningen. Likeverdige kommunale tilbud må sikres gjennom inntektssystemet for kommunesektoren.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester går fram av tabell 8.1.5. I dagens nøkkel er det kun alderskriterier som fanger opp behovsforskjeller i behovsnøkkel for somatikk. Utvalgets forslag til behovsnøkkel skiller seg derfor vesentlig fra dagens behovsnøkkel, ved at det tas hensyn til helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier inkl. kriterier som fanger opp forhold knyttet til klima og breddegrad. Forslaget legger alderskriteriene en samlet vekt på 58 pst., mens 42 pst. fordeles etter helse- og sosiale kriterier. Den samlede vekten til alderskriteriene i forslaget til somatikknøkkel er ikke mye forskjellig fra andelen alderskriterier i nøkkel for henholdsvis psykisk helsevern og rusbehandling.

Antall aldersgrupper øker fra sju i dagens nøkkel til ti med det nye vektsettet. Endring i alderskutt gjør at det ikke er mulig å direkte sammenligne vektene for ulike aldersgrupper. Størst vekt tillegges gruppene som omfatter eldre over 70 år.

Helseindikatorene utgjør nær 30 pst. av nøkkelen, hvor dødelighetskriteriet inngår med høyest vekt, 11,3 pst., etterfulgt av andel sykmeldte med en vekt på 8,1 pst. og andel uføretrygdde med vekt på 6,9 pst., mens andel med rehabiliteringspenger inngår med vekt på 2,8 pst.

Sosiale kriterier inkl. levekårsindeks for klima og breddegrad, utgjør nesten 12 pst. av nøkkelen. Andel grunnskole utgjør 4,8 pst., levekårsindeksen utgjør samlet sett nesten 5 pst., mens indeks for klima og breddegrad samlet sett utgjør i overkant av 3 pst.

Tabell 8.1.5 Forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester.

Kriterium	Vekt	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,033	
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,012	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,010	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,041	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,054	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,057	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,082	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,098	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,102	Sum alderskriterier:
Andel i aldersgruppen 80 år+	0,091	0,58
Dødelighet, 20 år+	0,113	
Andel sykmeldte	0,081	
Andel uføretrygdde, 18-67 år	0,069	
Andel med rehab.penger, 18-67 år	0,028	
Andel grunnskole, 20-59 år	0,048	
Levekårsindeks, 0-19 år	0,009	
Levekårsindeks, 67 år +	0,040	
Indeks for klima og breddegrad, 0-66 år	0,022	Sum helse- og sosiale kriterier:
Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,010	0,42
Sum	1,000	

I tabell 8.1.6 vises fordelingen på regionene basert på nøkkelen i tabell 8.1.5 og fordeling basert på dagens nøkkel, vektet med befolkningsandelene for regionene. Fordelingen er vist som beregnet behov per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet. For å vise fordelings effekter av henholdsvis alderskriterier, helsekriterier og sosiale kriterier (inkl. klima- og breddegradsindeks), er samlet fordelingsvirkninger også dekomponert i to delindekser; en hvor inngår kun alder og en hvor kun inngår helsekriterier og sosiale kriterier.

Tabell 8.1.6 Behovsindeks²³. Regional fordeling per innbygger basert på dagens behovsnøkkel og forslag til behovsnøkkel for somatisk spesialisthelsetjeneste. Målt i forhold til landsgjennomsnittet (=100).

	Kun alderskriterier	Kun helse- og sosiale kriterier	Ny nøkkel	Dagens nøkkel*
Helse Sør-Øst	100,6	100,7	100,6	100,6
Helse Vest	96,7	88,8	93,4	97,0
Helse Midt-Norge	101,6	102,1	101,8	101,5
Helse Nord	101,2	116,5	107,6	100,8
Norge	100,0	100,0	100,0	100,0

* Eksklusive reisetidskriteriet som er knyttet til kostnadsulempen og ikke behov. Kostnadsulempen diskuterer utvalget i kapittel 8.4 og kapittel 9. Nøkkelen inngår med halv tyngde i dagens inntektsfordelingssystem.

Med behovsnøkkelen fra tabell 8.1.5 får Helse Sør-Øst et beregnet behov for somatisk spesialistbehandling som er 0,6 pst. høyere enn landsgjennomsnittet. Regionen ligger i underkant av 1 pst. over landsgjennomsnittet for alderskriteriene og helse- og sosiale kriterier.

Helse Vest får beregnet et behov som ligger 6,6 pst. under landsgjennomsnittet. Regionen ligger 3,3 pst. under landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 11,2 pst. under landsgjennomsnittet for helse- og sosiale kriterier.

Helse Midt-Norge får beregnet et behov som ligger 1,8 pst. over landsgjennomsnittet. Regionen ligger 1,6 pst. over landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 2,1 pst. over landsgjennomsnittet for helse- og sosiale kriterier.

Helse Nord får beregnet et behov som ligger 7,6 pst. over landsgjennomsnittet. Regionen ligger 1,2 pst. over landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 16,5 pst. over landsgjennomsnittet for helse- og sosiale kriterier.

Det er større forskjell i fordeling av helse- og sosiale kriterier mellom regionene enn i aldersfordelingen, og de sosiale kriteriene har derfor relativt stor betydning for fordelingen av beregnet behov.

Behovsnøkkelen fra tabell 8.1.5 gir en større andel, sammenlignet med dagens nøkkel²⁴, til Helse Nord og (i mindre grad) Helse Midt-Norge og en lavere andel til

²³ Følgende datagrunnlag er brukt i beregninger av behovsindeks:

Alderssammensetning: Befolkning 01.01.07. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Dødelighet: Døde 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sykefravær: Arbeidstakere med legemeldt sykefravær, gjennomsnitt kvartalstall 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Uføretrygdde: Mottakere av uføreytelser 31/12, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Rehabilitering: Mottakere av rehabiliteringspenger 31/12, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Grunnskole: Grunnskole som høyeste fullførte utdanning 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Levekårsindeks: Gjennomsnitt av delindeksene for sosialhjelp, voldskriminalitet og attføring fra SSB sin levekårsindeks publisert i Hjulet, gjennomsnitt Hjulet 2005-2007. Voldskriminalitet inngår ikke som delindeks i Hjulet 2007, delindeks fra Hjulet 2006 er brukt.

Indeks for klima og breddegrad: Indeks for klima (nedbør, sommer (mai-august) og vintertemperatur (november-februar)) og breddegrad (breddegrad). Klimavariabler beregnes som gjennomsnitt over årene 2000-2006. Kilde: Meteorologisk institutt.

Helse Vest og (i mindre grad) Helse Sør-Øst. Tabell 8.1.6 viser imidlertid ikke omfordelingseffekter sammenlignet med dagens bevilgning, da 50 pst. av bevilgningen er basert på historiske kostnader.

8.2 Psykisk helsevern

8.2.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor psykisk helsevern

I kapittel 8.2 redegjøres det for utvalgets tilnærming for å beregne regionale helseforetaks behov innenfor psykisk helsevern samt utvalgets vurderinger og forslag. I forbindelse med arbeidet i Hagen-utvalget (NOU 2003:1), utarbeidet SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning forslag til kriterier og kostnadsnøkler for psykisk helsevern for de regionale helseforetakene (Pedersen mfl., 2002). Dette forslaget inngår med halv tyngde i dagens inntektssystem, jf. kapittel 4. Utvalgets arbeid bygger videre på arbeidet fra NOU 2003:1.

Psykisk helsevern er nest størst av tjenestoområdene for de regionale helseforetakene. Regnskapstall fra 2006, jf. tabell 3.1 i kapittel 3, viser at driftskostnadene til psykisk helsevern utgjorde 13,2 mrd. kroner eller 16,6 pst. av de regionale helseforetakenes samlede driftskostnader. Kostnadene fordelte seg med 11,0 mrd. kroner på psykisk helsevern for voksne og 2,2 mrd. kroner på psykisk helsevern for barn og unge.

Pasientbehandling innenfor psykisk helsevern foregår ambulant, poliklinisk, som dagbehandling eller døgnbehandling. Flere typer av aktører tilbyr de ulike tjenestene, både offentlig og private. Pasientbehandlingen foregår i distriktpsikiatriske sentre (DPS), på sikiatriske sykehusavdelinger, hos privatpraktiserende sikiatere og spesialister i klinisk psykologi med driftsavtale. I DPSene inngår poliklinisk behandling, dag- og døgnavdelinger. Innen psykisk helsevern for barn og unge domineres tjenestetilbudet av poliklinisk behandling og dagbehandling, men en vesentlig del av ressursinnsatsen går likevel til døgnbehandling som er langt mer kostnadskrevende.

Psykisk helsevern er utpekt som ett av satsningsområdene i helsesektoren gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Det overordnede målet med satsningen er å styrke brukerens evne til å mestre eget liv. Planens økonomiske rammer innebærer at driftsnivået i kommunene og spesialisthelsetjenesten i 2008 skal være 5,8 mrd. kroner høyere enn i 1998 og at det skal investeres for 8,5 mrd. kroner (2007-kroner).

Psykisk helsevern finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetak, og bevilgningene over Opptappingsplanen (statsbudsjettets kap. 743 post 75) kommer i tillegg til de midler som tildeles gjennom basisbevilgningene (kap. 732 postene 72-75). Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern finansieres gjennom egen takster. De private avtalespesialistene mottar driftstilskudd fra regionale helseforetaks basisbevilgninger samt refusjon/honorar direkte fra NAV. Det

²⁴ Når reisetidskriteriet ikke inkluderes i beregning av fordeling etter i dagens nøkkel.

vises til nærmere omtale av finansieringen i kapittel 3 og om avtalespesialistene i kapittel 8.1.2.

8.2.2 Nærmere om psykisk helsevern i de regionale foretakene

Utvalget gir her en beskrivelse av hovedtrekkene i utviklingen innen psykisk helsevern de siste årene.

I motsetning til somatisk sektor har vi ikke noe pasientklassifikaasjonssystem for psykisk helsevern. Her er det derfor fremdeles antall døgnopphold og antall polikliniske konsultasjoner som danner grunnlaget for en beskrivelse av aktiviteten.

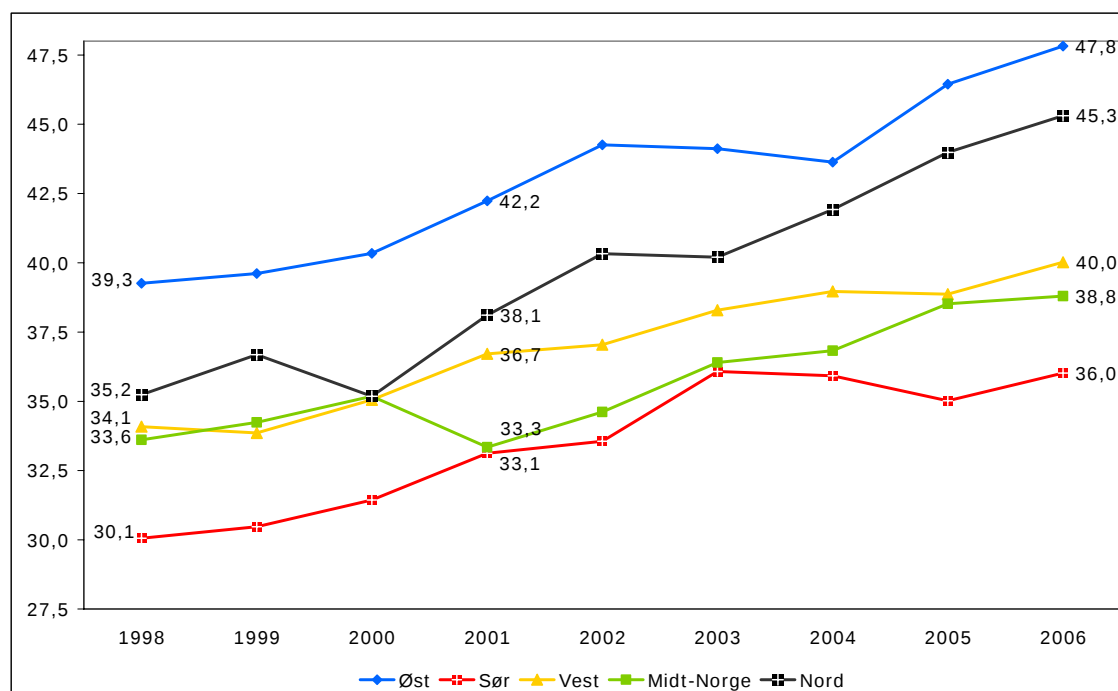
Tabell 8.2.1 viser årlig aktivitetsvekst i perioden 2002 til 2006. Det framgår av tabellen at det er en kraftig aktivitetsvekst både innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor psykisk helsevern for voksne i hele perioden. Dette er i tråd med Opptappingsplanen for psykisk helse. Den relativt største aktivitetsveksten har vært innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Videre framgår at det skjer en vridning fra døgnopphold til poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern for voksne når perioden sees under ett. Dette er den samme strukturendringen som vi ser innenfor somatisk sektor. Det skjer en vridning fra lengre institusjonsbehandling til kortere behandlingsopphold ved institusjon eller poliklinisk behandling.

Tabell 8.2.1 Årlig aktivitetsvekst psykisk helsevern 2002-2006. Prosent.

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
BUP:				
Polikliniske tiltak	28,4	12,5	11,2	15,0
VOP:				
Polikliniske konsultasjoner	15,6	6,9	14,3	7,3
Døgnopphold	7,4	2,2	4,1	8,5

Kilde: Årsrapport 2007. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.

I SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 beskrives utviklingen nasjonalt og regionalt i årene med Opptappingsplanen for psykiske helse. Figur 8.2.1 viser utviklingen i personellinnsats per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern på regionnivå i perioden 1998-2006. På landsbasis var veksten på 20 pst. i perioden. Figuren viser at det har vært en betydelig vekst for alle regionene i Opptappingsplanperioden, men veksttakten har vært ulik. Helse Nord har hatt høyest vekst. Dette innebærer at Helse Nord har ”nærmet seg” Helse Øst, som gjennom hele perioden har hatt den høyeste personelldekningen. Helse Sør har hatt lavest personelldekning gjennom hele perioden. Forskjeller i nivå og vekst i ressursinnsats gjenspeiler ikke nødvendigvis forskjeller i nivå og vekst i aktiviteten fordi det er regionale forskjeller i organisering av tilbudet og i produktivitet.



Figur 8.2.1 Personelldekning i det psykisk helsevernet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregioner. 1998-2006.

Kilde: SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006.

8.2.3 Forhold som påvirker befolkningens bruk av tjenester innenfor psykisk helsevern

Som utvalget har redegjort for i kapittel 8.1.4 påvirkes befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester av bl.a. dens helsetilstand. Helsetilstanden til befolkningen er imidlertid ikke observerbar, og utfordringen er dermed å finne et sett variabler som har innflytelse på helsetilstanden, og så benytte disse kriteriene for fordeling av inntekter. Utvalget bruker den samme tilnærmingen for psykisk helsevern. Videre i kapittel 8.2.3 drøfter utvalget ulike faktorer eller trekk ved befolkningen som kan tenkes å påvirke regionale helseforetaks kostnader til psykisk helsevern. Selve analysene er omtalt i kapittel 8.2.4.

Alderssammensetning

Det er godt dokumentert at behovet for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern varierer med alder (se f.eks. Hagen og Ruud, 2004). Alder er derfor inkludert i utvalgets analyser.

Sosioøkonomiske forhold og helsetilstand

De vises til omtale i kapittel 8.1.4 der det er gitt en omtale av ulike sosioøkonomiske forhold som påvirker helsetilstanden. Omtalen bygger bl.a. på rapporten Sosial ulikhet i helse fra Folkehelseinstituttet (2007). Mange av disse forholdene vil også påvirke den psykiske helsen. I samme rapport er det omtalt og dokumentert sosial ulikhet i psykisk helse for voksne samt for barn og unge:

- Hos voksne gir vanskelige sosiale levekår betydelig økt risiko for å utvikle vanlige psykiske lidelser, slik som angst og depresjon, som er en av hovedårsakene til

uføretrygd. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og sosioøkonomisk posisjon varierer med diagnose, og det er noe uvisst i hvor stor utstrekning de sosioøkonomiske forholdene er risikofaktorer eller snarere konsekvenser av psykiske lidelser. Det er en klar statistisk sammenheng mellom schizofreni og sosioøkonomisk posisjon, men her mener man at sammenhengen i første rekke skyldes at denne type sinnslidelse gjør det vanskelig å få utdanning og arbeid. Heller ikke ved manisk depressiv sinnslidelse er det grunn til å tro at sosioøkonomiske forhold bidrar som risikofaktor i vesentlig grad. Dårlige levekår gir imidlertid betydelig økt risiko for å utvikle de mest vanlige psykiske lidelsene. Psykiske plager og lidelser er også risikofaktorer for usunne levevaner, somatisk sykdom og tidlig død. Norske data viser stor overhyppighet av psykiske plager og bruk av medikamenter mot psykiske lidelser blant grupper med lav sosioøkonomisk posisjon og blant enslige.

- Det foreligger lite kunnskap om sosiale forhold og helse i den samiske befolkning, og likeledes få studier som sammenligner samiske og norske forhold. Analyser fra Senter for samisk helseforskning, gjengitt i rapporten Sosial ulikhet i helse fra Folkehelseinstituttet (2007), viser at det er mindre selvrapporterte psykiske plager hos den samiske gruppen.
- Psykiske plager rammer barn og unge, og særlig utsatt er barn av foreldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn, barn av enslige forsørgere, barn av voldelige foreldre, barn av foreldre med rusproblemer og barn av foreldre med psykiske lidelser. I tillegg er andelen barn av deprimerte mødre sosialt skjevfordelt.
- Utvalget viser også til en rapport fra Kunnskapssenteret om Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. Rapporten viser bl.a. at barn som ikke bor sammen med både mor og far, er mye oftere i kontakt med psykiatriske spesialisthelsetjenester enn andre. Videre viser rapporten at psykiske symptomer og vansker forekommer hyppigere hvis barnet ikke bor sammen med både mor og far, hvis foreldrene ikke har lang utdanning og hvis inntekten er lav.

Utvalget finner det godt dokumentert at sosiale og økonomiske indikatorer vil ha betydning for psykisk helsetilstand, og dermed forbruket. Utvalget viser også til at denne typen av kriterier benyttes i dagens kostnadsnøkkel (ugifte, uføretrygdede med psykiatrisk diagnose, sosialhjelpsmottakere, lav utdanning) og i inntektsmodeller fra regionale helseforetak til helseforetak.

Utvalget har i sine analyser vurdert følgende indikatorer:

- andel sosialstønadsmottakere,
- andel ugifte,
- andel uføretrygdede,
- andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose,
- andel med grunnskole som høyeste utdanning,
- andel barn med en forelder og
- andel barnevernstiltak.

Innledende analyser viste ingen systematiske og stabile effekter av arbeidsledighet, fattigdom, levekårsindekser, andel skilsmisser, personinntektsvariabler og klima på forbruket av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Disse er derfor utelatt i de videre analysene.

Innvandrere

I rapporten Sosial ulikhet i helse fra Folkehelseinstituttet diskuteres minoritetsgrupper og sosial ulikhet i helse. Det finnes ingen eksakt kunnskap om innvandrere og psykiske lidelser. En av årsakene er at innvandrere er en svært uensartet gruppe med ulike erfaringer. Sammenhengen mellom etnisitet, sosioøkonomisk posisjon og helse er sammensatt fordi det bak forskjeller mellom innvandrergrupper kan ligge store forskjeller i sosiale levekår (Smith, 2000). Økt sykdomsrisiko kan ha flere årsaker, både at innvandrere kan være spesielt utsatt for ekstrabelastninger knyttet til deres situasjon som innvandrere og at innvandrere kan ha sosiale og økonomiske levekår som er knyttet til sykdomsrisiko.

22 pst. av alle innvandrerne bor i Oslo, men det bor innvandrere i alle landets kommuner. To tredeler av førstegenerasjonsinnvandrerne kommer fra ikke-vestlige land. Levekårene til ikke-vestlige innvandrere er dårligere enn blant majoritetsbefolkningen, med lavere inntekt, flere arbeidsledige, dårligere boforhold, og lavere utdanningsnivå. Dette gjør at innvandrere som gruppe er spesielt utsatt for en rekke risikofaktorer knyttet til lav sosioøkonomisk status.

Risikofaktorene som nevnes i rapporten fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (2007) er opplevd rasisme, ekskludering, oppbrudd fra tidligere sosialt nettverk, identitetsproblemer og stress knyttet til møte med en ny og ukjent kultur, og kulturforskjellene mellom opprinnelige hjemland og Norge. Flyktninger har økt forekomst av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon. Barna er spesielt utsatte, men blir ofte oversett av hjelpeapparatet. Denne gjennomgangen av eksisterende studier viser at mellom 50 og 80 pst. av flyktningbarna fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) to år etter at familien flyktet, og problemene varte mange år. I tillegg viser norske undersøkelser at voksne innvandrere ofte har psykiske helseproblemer.

Folkehelseinstituttet poengterer at det er viktig å skille mellom innvandrere fra vestlige land og innvandrere fra Afrika og Asia. For eksempel har undersøkelser fra Oslo (Oslo-undersøkelsen 2000-2001) vist at innvandrere fra vestlige land har like god psykisk helse som majoritetsbefolkningen, mens de fremmedkulturelle har betydelig større hyppighet av psykiske plager. De finner at 24 pst. av de fremmedkulturelle innvandrerne skårer så høyt på mål for psykisk helse (HSCL-10) at de defineres som å ha psykiske problemer sammenlignet med 10 pst. av majoritetsbefolkningen. Denne økede hyppigheten av psykiske plager hos de fremmedkulturelle innvandrere kan bare til en viss grad forklares ved sosioøkonomiske faktorer.

Datagrunnlaget gir ikke mulighet til å undersøke ev. merforbruk av helsetjenester blant innvandrerbefolkningen. Utvalget diskuterer derfor en skjønnsmessig innvekting i kapittel 8.2.5.

8.2.4 Analyser og resultater

Utvalget vurderer at dagens nøkkel for psykisk helsevern for voksne i hovedsak dekker de viktigste forklaringsfaktorene for behovsvariasjoner innen tjenesteområdet. For tjenester for voksne har utvalget derfor tatt utgangspunkt i dagens kriterier og

utført nye analyser basert på nyeste tilgjengelige data og justert vektene med utgangspunkt i disse resultatene.

I dagens behovsnøkkel for psykisk helsevern for barn og unge inngår kun alderskriterier. Forskning tilsier at psykiske lidelser har sammenheng med sosiale faktorer, og sosiale kriterier bør derfor vurderes også for tjenestebehov for barn og unge med psykiske lidelser/problemer. Utvalget har derfor gjennomført nye analyser for psykisk helsevern for barn og unge for å undersøke om sosiale kriterier bør inngå også for disse tjenestene.

8.2.4.1 Psykisk helsevern for voksne

Som i dagens nøkler er utgangspunktet analyser av behov basert på faktisk bruk av tjenesten ved bruk av ratio-metoden, jf. kapittel 6.3.2. Ratio-metoden tar utgangspunkt i analyse av forskjeller i forbruk av helsetjenester i ulike befolkningsgrupper på nasjonalt nivå. Gitt at forbruket varierer mellom ulike befolkningsgrupper vil forskjeller i behov mellom regionene knyttes til forskjeller i befolkningssammensetning.

Ratio-tilnærmingen innebærer at kostnadene for ulike tjenester fordeles på de aktuelle demografiske, sosiodemografiske og sosioøkonomiske grupper ut fra deres andel av pasientene. I neste omgang fordeles kostnadene ut på helseregionene ut fra deres andel av befolkningen i de samme gruppene. Dette innebærer at dagens behovsdekning (på landbasis) brukes som norm. Framgangsmåten for beregningene kan beskrives i følgende trinn:

1. Først beregnes hvor store andeler av de totale utgiftene til psykisk helsevern som går til ulike typer tjenester fordelt etter institusjonstype (sykehus, DPS, poliklinikker osv.) og etter driftsform (døgnvirksomhet, poliklinisk virksomhet).
2. Identifisering av grupper som har merforbruk av tjenester i psykisk helsevern til voksne, og beregning av hvor stort merforbruket er for de ulike gruppene
3. For hver tjenestetype beregnes en fordeling av kostnadene ut fra kriterienes / befolkningsgruppens andel av pasientene. Andelen til hvert kriterium/gruppe utgjør dermed behovsvekten.
4. Ved å veie sammen behovsvektene for tjenestetypene etter andel av samlede kostnader, beregnes behovsvektene samlet for alle tjenestetypene. Behovskriteriene med de summerte vektene utgjør til sammen behovsnøkkel for psykisk helsevern for voksne.

Analysene er basert på pasienttellingsdata fra 2003 og 2004. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt privatpraktiserende spesialister. Pasienttellingsdata er godt egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Data fra Norsk Pasientregister for psykisk helsevern for voksne er beheftet med problemer knyttet til at datasettet ikke er komplett og mangelfullt registrert, og er vurdert som mindre egnet til formålet.

Følgende inndeling i tjenestetyper er lagt til grunn:

- døgnbehandling sykehus,
- døgnbehandling DPS,
- døgnbehandling andre institusjoner,
- offentlige poliklinikker og
- privatpraktiserende avtalespesialister.

Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7. Resultatene for voksne er vist i tabell 8.2.2.

I dagens nøkkel for psykisk helsevern inngår fire aldersgrupper for voksne. Datamaterialet som de nye analysene er basert på, tillater ikke samme inndeling i aldersgrupper som tidligere. De nye analysene er basert på sju aldersgrupper for voksne. I datamaterialet inngår også pasienter som er yngre enn 18 år. Disse er inkludert i analysene. Samlet sett gir de oppdaterte analysene en andel for aldersgruppene på 60 pst. av delnøkkel for voksne.

De oppdaterte analyseresultatene gir at følgende grupper, i tillegg til aldergruppene, har merforbruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne:

- Ugifte 40 år og eldre.
- Uføretrygdete med psykiatrisk diagnose 18-39 år.
- Uføretrygdete med psykiatrisk diagnose 40-69 år.
- Grunnskole eller mindre 18-29 år.
- Grunnskole eller mindre 30-59 år.

De samme sosiale kriteriene er inkludert i dagens kostnadsnøkler, men i tillegg er sosialhjelpsmottakere i dag inkludert som et kriterium. Beregningene som utvalget har foretatt indikerer at dette kriteriet ikke lenger skal være med fordi det ikke synes å være merforbruk av tjenester i psykisk helsevern blant sosialhjelpsmottakere. Sosialhjelpsmottakere er også det kriteriet som inngår med lavest vekt i dagens nøkkel.

Av de sosiale kriteriene er det ”andel uføretrygdete” som gis størst vekt, samlet om lag 25 pst. av delnøkkel for voksne. Videre tilsier resultatene at ”andel grunnskole” samlet gis en vekt på om lag 9 pst., mens ”andel ugifte over 40 år” gis en vekt på om lag 6 pst.

Tabell 8.2.2 Resultater for psykisk helsevern for voksne.

Variabel	Vekt	
13-17 år	0,005	
18-29 år	0,170	
30-39 år	0,151	
40-49 år	0,098	
50-59 år	0,060	
60-69 år	0,034	
70-79 år	0,048	Sum alderskriterier:
80 år +	0,033	0,599
Ugifte 40 år +	0,059	
Uføretrygdede med PH-diagnose 18-39 år	0,114	
Uføretrygdede med PH-diagnose 40-69 år	0,137	
Grunnskole 18-29 år	0,073	Sum sosiale kriterier:
Grunnskole 30-59 år	0,018	0,401
Sum	1,000	

8.2.4.2 Psykisk helsevern for barn og unge

For psykisk helsevern for barn og unge er det brukt regresjonsanalyser av forbruk (pasienter) per innbygger for fire aldergrupper på kommunenivå, basert på data fra Norsk pasientregister. For å redusere betydningen av tilfeldige årsvariasjoner i forbruk, er gjennomsnitt for 2005 og 2006 lagt til grunn. Det er kontrollert for tilbudssideeffekter ved å ta høyde for nivåforskjeller i forbruk mellom helseforetaksområder. Forklaringsvariablene som er undersøkt er alder og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7. Resultatene er vist i tabell 8.2.3.

I dagens nøkkel for psykisk helsevern inngår to aldersgrupper for barn og unge. De nye analysene er basert på fire aldersgrupper. Mens det kun er alderskriterier som inngår for barn og unge i dagens nøkkel, gir de nye analyseresultatene en samlet vekt for aldersvariablene på 54 pst.

Analysene indikerer at følgende sosiale kriterier medfører merforbruk:

- Andel barn (0-17 år) i kommunen som bor hos kun en forelder.
- Barnevernstiltak per innbyggere 0-17 år.
- Uføretrygdede per innbyggere 16-66 år.

I tillegg til disse variablene er det, på samme måte som for analysene av forbruk av somatiske tjenester, også undersøkt om arbeidsledighet, fattigdom, levekårsindeksene generelt, andel skilsmisser, personinntektsvariabler, klima mfl. har betydning for forbruket, uten at systematiske og stabile effekter er funnet.

Resultatene tilsier at kriteriet ”andel barn og unge som bor med en forelder” gis en vekt på 27 pst. for delnøkkel for barn og unge, mens andel barnevernstiltak og andel uføretrygdede gis en vekt på henholdsvis 12 pst. og 6 pst.

Tabell 8.2.3 Resultater for psykisk helsevern for barn og unge.

Variabel	Vekt	
0-5 år	0,006	Sum alderskriterier: 0,544
6-12 år	0,153	
13-17 år	0,278	
18-19 år	0,107	
Barn bor med en forelder	0,272	Sum sosiale kriterier: 0,456
Barnevernstiltak	0,123	
Uføretrygdede	0,061	
Sum	1,000	

8.2.5 Utvalgets vurderinger og forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern

Utvalget fester lit til resultatene av analysene som er utført for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Utvalgets forslag baseres derfor på resultatene som er vist i tabellene 8.2.2 og 8.2.3.

For å lage en felles nøkkel for psykisk helsevern må resultatene for de to delnøkklene for henholdsvis voksne og barn og unge vektet sammen. Utvalget har valgt å vekte inn kriterievektene for barn og unge med 20 pst. Dette er noe høyere enn kostnadsfordelingen i 2006, som var i underkant av 17 pst., men er i tråd med de politiske føringene som er gitt i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Til sammenligning ble psykisk helsevern for barn og unge vektet inn med kostnadsandel på 13 pst. i Hagen-utvalgets nøkkel.

I sammenvektingen av de to delnøkklene er det gjort en tilpasning. I delnøkkel for barn og unge inngår aldersgruppen 18-19 år. Fordi dette er pasienter som er behandlet i psykisk helsevern for barn og unge 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.

Utvalget har spesielt vurdert to kriterier med hensyn til eventuell skjønsmessig innvekting i modellen. Dette er andel sosialhjelpsmottakere og andel ikke-vestlige innvandrere.

Beregningene som er gjennomført gir ikke grunnlag for å inkludere andel sosialhjelpsmottakere i kriteriene, fordi det ikke medfører merforbruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne. Det foreligger analyser som viser at kommunenes sosialhjelpsutgifter øker med andelen psykiatriske innleggelser, men datagrunnlaget for disse analysene kan diskuteres (NOU 2005:18). Resultatet fra utvalget analyser kan derfor tolkes som et underforbruk av tjenester for denne gruppen. En annen tolkning er at ev. merforbruk for sosialhjelpsmottakere fanges opp av andre kriterier, f.eks. ”ugifte” og ”grunnskole”. Utvalget har konkludert med at kriteriet ikke gis en skjønsmessig innvekting i nøkkelen for psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for psykisk helsevern for voksne gir ikke mulighet for gjennom analysene å undersøke ev. merforbruk av tjenester i innvandrerbefolkningen. Analysene for barn- og unge viser ikke systematisk sammenheng mellom forbruk og andel ikke-vestlige innvandrere på kommunenivå. Diskusjonen i avsnitt 8.2.4 viser at

det er argumenter for at det er både behovsmessige og kostnadmessige forhold som 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 skjønsmessig innvekting i behovsnøkkelen for psykisk helsevern. Diskusjonen i avsnitt 8.2.4 viser til undersøkelse som finner at utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen. Innvektingen av kriteriet er basert på en forutsetning om at forbruket blant ikke-vestlige innvandrere er dobbelt så høyt som for gjennomsnittet, dvs. at utvalget legger til grunn at noe av den høyere forekomsten fanges opp av de øvrige behovskriteriene. Dette gir en vekt for kriteriet på 6,6 pst.

Utvalgets vurderinger er oppsummert i boks 8.2.

Boks 8.2 Vurdering av fordelingskriterier, psykisk helsevern.	
Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Inngår i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Alder</i>	10 aldersgrupper. Alder har betydning for forbruk av tjenester i psykisk helsevern.
<i>Andel ugifte</i>	Ugifte over 40 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose</i>	Uføretrygdede i aldersgruppene 18-39 år og 40-69 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern. Utvalget foreslår at kriteriet beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.
<i>Andel med grunnskole utdanning</i>	Personer i aldersgruppene 18-29 år og 30-59 år som har utdanning fra grunnskole som høyeste utdanning er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Andel barn som bor med en forelder</i>	Andel barn i alderen 0-17 år som bor med en forelder. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge.
<i>Barnevernstiltak</i>	Antall barnevernstiltak per innbygger 0-17 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget anbefaler at kriteriet beregnes som glidende gjennomsnitt for flere år
<i>Andel uføretrygdede</i>	Antall uføretrygdede per innbygger 18-67 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget foreslår at kriteriet beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.
<i>Ikke-vestlige innvandrere</i>	Datagrunnlaget for voksne gir ikke mulighet til å analysere betydningen av andelen ikke-vestlige innvandrere. Utvalget finner det dokumentert at det er høyere forekomst av psykiske problemer og lidelser blant ikke-vestlige innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Variabelen gis en skjønsmessig innvekting.
Inngår ikke i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Andel sosialhjelpsmottakere</i>	Sosialhjelpsmottakere er ikke overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern er vist i tabell 8.2.4.

Forslaget tillegger alderskriteriene en samlet vekt på 55 pst., mens 45 pst. fordeles etter sosiale kriterier. Den nye nøkkelen gir en større samlet vekt for sosiale kriterier enn i dagens behovsnøkkel, hvor sosiale kriterier utgjør 40 pst. Antall aldersgrupper øker fra seks i dagens nøkkel til ti med det nye vektsettet. Endring i alderskutt gjør at det ikke er mulig å direkte sammenligne vektene for ulike aldersgrupper.

Endring i alderskutt i datamaterialet innebærer også at aldersinndelingen for kriteriet ugifte er endret fra 35 år og eldre til 40 år og eldre. Mens "ugifte 35 år +" i dagens nøkkel er gitt en vekt på i underkant av 10 pst., gir de nye vektene at i overkant av 4 pst. fordeles etter dette kriteriet. "Uføretrygdede med psykiatrisk diagnose-kriteriene" gis en noe høyere vekt basert på de nye resultatene, mens "grunnskole-kriteriene" gis lavere vekt. Samlet gis "andel uføreføretrygdede" en vekt på 19 pst., mens "andel grunnskole" gis en samlet vekt på nær 7 pst. I Hagen-utvalgets nøkkel inngår disse med vekt på henholdsvis 17,8 pst. og 11,3 pst.

Mens ”sosialhjelpsmottakere” utgår som kriterium, inkluderes tre nye basert på analyseresultatene for barn og unge. ”Andel barn som bor med en forelder” inngår med en vekt på 5,1 pst., ”andel barnevernstiltak” inngår med en vekt på 2,3 pst. og ”andel uføretrygdede” inngår med en vekt på 1,1 pst.

I likhet med vurderingene av kriterier basert på trygdeytelser for somatisk spesialisthelsetjeneste, anbefaler utvalget at uføretrygdkriteriene beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået. Utvalget anbefaler også at variabelen ”barnevernstiltak” beregnes som et glidende gjennomsnitt over flere år.

Tabell 8.2.4 Behovsnøkkel for psykisk helsevern.

	Vekter	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,001	Sum alderskriterier: 0,549
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,028	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,066	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,137	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,113	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,073	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,045	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,025	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,036	
Andel i aldersgruppen 80 år+	0,025	
Andel ugifte 40 år+	0,044	Sum sosiale kriterier: 0,451
Andel uføretrygdede PH diagnose 18-39 år	0,085	
Andel uføretrygdede PH diagnose 40-69 år	0,103	
Andel grunnskole 18-29 år	0,055	
Andel grunnskole 30-59 år	0,013	
Andel barn bor med en forelder, 0-17 år	0,051	
Andel barnevernstiltak	0,023	
Andel uføretrygdede 18-67 år	0,011	
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	
SUM	1,0000	

I tabell 8.2.5 vises fordelingen på regionene basert på nøkkelen i tabell 8.2.4 og fordeling basert på dagens nøkkel, vektet med befolkningsandelene for regionene. Fordelingen er vist som beregnet behov per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet. For å vise fordelings effekter av henholdsvis alderskriterier og sosiale kriterier er samlet fordelingsvirkninger også dekomponert i to delindekser; en hvor kun alder inngår og en hvor kun helsekriterier og sosiale kriterier inngår.

Tabell 8.2.5 Behovsindeks²⁵. Regional fordeling per innbygger basert på dagens behovsnøkkel og forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern. Målt i forhold til landsgjennomsnittet (=100).

	Kun alderskriterier	Kun sosiale kriterier	Ny nøkkel	Dagens nøkkel
Helse Sør-Øst	99,9	107,2	103,2	101,1
Helse Vest	100,8	88,7	95,3	95,9
Helse Midt-Norge	99,7	89,0	94,9	98,6
Helse Nord	99,3	99,0	99,2	104,6
Norge	100,0	100,0	100,0	100,0

Med behovsnøkkel fra tabell 8.2.4 får Helse Sør-Øst et beregnet behov for psykisk helsevern som er 3,2 pst. høyere enn landsgjennomsnittet. Dette skyldes i hovedsak at regionen ligger over landsgjennomsnittet for de sosiale kriteriene. Regionen ligger om lag på landsgjennomsnittet for alderskriteriene.

Helse Vest får beregnet et behov som ligger 4,7 pst. under landsgjennomsnittet. Regionen ligger høyest for alderskriteriene, men ligger 11,3 pst. under landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

Helse Midt-Norge får beregnet et behov som ligger 5,1 pst. under landsgjennomsnittet. Mens regionen ligger så vidt under landsgjennomsnittet for alderskriteriene, ligger regionen 11 pst. under landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

Helse Nord får beregnet et behov som ligger 0,8 pst. under landsgjennomsnittet. Regionen får lavest beregnet behov basert på alderskriterier, 0,7 pst. under landsgjennomsnittet, og ligger 1 pst. under landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

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 nøkkelen. Det er større forskjell i fordeling av sosiale kriterier mellom regionene, og dette får derfor relativt stor betydning for fordelingen av beregnet behov.

²⁵ Følgende datagrunnlag er brukt i beregninger av behovsindekser:

Alderssammensetning: Befolkning 01.01.07. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ugifte: Ugifte per 01.01 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Uføretrygdede med psykiatri diagnose per 31.12, gjennomsnitt 2003-2005. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet/Statistisk sentralbyrå.

Uføretrygdede: Mottakere av uføreytelser 31/12, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Grunnskole: Grunnskole som høyeste fullførte utdanning 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Barn bor med en forelder: Barn 0-17 år som bor enten bare med mor eller bare med far per 31/12 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Barnevernstiltak: Antall barn med tiltak i løpet av året, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ikke-vestlige innvandrere: Antall innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn 01.01.07. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Behovsnøkkelen fra tabell 8.2.4 gir en noe større andel til Helse Sør-Øst og en lavere andel til de øvrige regionene, i første rekke Helse Nord og Helse Midt-Norge, enn dagens nøkkel. Tabell 8.2.5 viser imidlertid ikke omfordelingseffekter sammenlignet med dagens bevilgning, da 50 pst. av bevilgningen er basert på historiske kostnader.

Den skjønnsmessige innvektingen av innvandrerkriteriet bidrar til å øke beregnet relativt behov for Helse Sør-Øst, men fordelingsvirkningene sammenlignet med dagens nøkkel går i samme retning også uten innvandrerkriteriet.

8.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

8.3.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I kapittel 8.3 redegjøres det for utvalgets tilnærming for å beregne regionale helseforetaks behov innenfor tverrfaglig spesialisert behandling. Analyseresultater og utvalgets vurdering og forslag til kostnadsnøkkel følger i kapittel 8.3.4 og 8.3.5.

Utvalget har utviklet en egen kostnadsnøkkel på et nytt område innenfor spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene overtok ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra fylkeskommunene 1. januar 2004. Da Hagen-utvalget (NOU 2003:1) gjorde sitt arbeid var det ikke i detalj klarlagt hvor store deler av den fylkeskommunale rusmiddelomsorgen som skulle overtas av staten. På bakgrunn av tidligere analyser som dokumenterte sterke sammenhenger mellom rusmiddelavhengighet og psykiatriske lidelser, tilrådte Hagen-utvalget at kostnadsnøkkelen for psykisk helsevern også benyttes ved fordeling av ressurser til den spesialiserte delen av rusmiddelomsorgen. Dette ble fulgt opp i St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. også nærmere omtale i kapittel 4.

I 2006 utgjorde kostnadene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige 2,1 mrd. kroner eller i underkant av 3 pst. av de regionale helseforetakenes samlede driftskostnader.

Både private og offentlige aktører tilbyr pasientbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ved rusreformen i 2004 var det i alt 74 institusjoner som ble overført til de regionale helseforetakene. Av disse var 42 private, mens 32 var offentlige. Disse institusjonene består av både døgninstitusjoner og polikliniske enheter. Allerede fra 1. januar 2002 ble om lag 30 pst. av tiltaksapparatet overført (psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker og enkelte døgninstitusjoner).

De regionale helseforetakene har valgt å dele behandlingstiltakene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige inn i fire nivåer: polikliniske funksjoner og vurderingsenheter, samt dagtilbud, avrusning/abstinensbehandling (døgntilbud), døgnbehandling under 6 måneder (hovedsakelig helsefaglig relatert) og døgnbehandling over 6 måneder (sosial- og helsefaglig relatert). I tillegg tilbys legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR er for de fleste en livsvarig behandlingsform. Behandlingstilbudet gis poliklinisk og er rettet mot tungt belastede narkotikamisbrukere.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling finansieres i all hovedsak gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetak. Poliklinisk behandling finansieres gjennom egne takster. Det vises til nærmere omtale av finansieringen i kapittel 3.

8.3.2 Nærmere om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i de regionale foretakene

Utvalget gir her en beskrivelse av hovedtrekkene i utviklingen innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige de siste årene.

De regionale helseforetakene har hatt ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fire år. Fra overtakelsen i 2004 til 2006 har det vært en aktivitetsøkning og derigjennom en kostnadsøkning fra 1,3 mrd. kroner til 2,1 mrd kroner. Utviklingstrekkene for øvrig i denne perioden kan oppsummeres som følger:

- Tall fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten for 2006 viser at antall innleggelser har økt med 0,7 pst. fra 2005 til 2006, mens antall polikliniske konsultasjoner økte med 20,7 pst. i samme periode.
- En kartlegging Helse- og omsorgsdepartementet foretok i 2007 viste at antall døgnplasser har økt med 380 eller 25 pst. på tre år.
- Antall pasienter i LAR har mer enn fordoblet seg fra 31.12.2002 til 31.12.2006. Ved utgangen av 2006 var det 4166 pasienter i LAR.

Helse Øst er den regionen som brukte mest per innbygger til behandling av rusmiddelavhengige - 537 kroner i 2006. Dette er ca. 18 pst. over gjennomsnittet for regionene. Helse Midt-Norge brukte minst med 309 kroner per innbygger eller 32,3 pst. lavere enn gjennomsnittet. Helse Sør brukte 4,7 pst. over landsgjennomsnittet og Helse Vest og Helse Nord hhv. 9,4 og 9,0 pst. under landsgjennomsnittet. Ulikheten mellom helseregionene er noe mindre enn situasjonen i 2004.

Tall fra SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006 viser at også sammensetningen av behandlingstilbudet varierer mellom regionene, både når det gjelder type tilbud for avtalte døgnplasser og bruk av ad hoc plasser.

Kostnadsvariasjonene som er vist til her gir ikke nødvendigvis et riktig bilde av behovsvariasjonene i de ulike regionene. Dette vil utvalget se nærmere på i kapittel 8.3.3 til 8.3.5.

8.3.3 Forhold som påvirker kostnadene i rusbehandlingen

Mange av de samme faktorene som er drøftet i kapittelet om psykisk helsevern (for voksne), vil også gjelde for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Betydningen av de ulike faktorene vil imidlertid kunne være forskjellige.

Alder og sosiale kriterier

Utvalget har i sine analyser vurdert følgende indikatorer:

- alder,
- andel sosialstønadsmottakere,
- andel ugifte,
- andel uføretrygdede,
- andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose og

- andel med grunnskole eller mindre som høyeste utdanning.

Storby

Storbyene kan ha relativt større brukergrupper enn andre både fordi byene generer flere rusmiddelavhengige og fordi byene tiltrekker seg personer med høyt forbruk. Det synes likevel vanskelig å finne god dokumentasjon på at dette er tilfellet. Utvalget har vært i kontakt med Statens institutt for rusmiddelforskning – SIRUS²⁶. De oppgir at det finnes lite forskning på dette området. Utvalget kjenner derfor ikke prevalenstall for storbyene som kan sammenlignes med resten av landet.

Den mest relevante informasjonen utvalget har funnet, er analyser utført i forbindelse med arbeidet med inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner (NOU 2005:18). Bakgrunns materialet for diskusjonene som finnes der, kommer bl.a. fra Melberg og Alver (2003) som undersøker om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kostnadene innen rus- og psykiatrisektoren varierer mellom kommunene. De finner at det er flere forhold som indikerer at rusmiddelproblemene er større i storbyene. SIRUS finner bl.a. at gjennomsnittskonsumet av ren alkohol var 3,6 liter per person i Oslo, 2,5 liter per person i de 10 nest største byene og 2,5 liter i resten av landet (Amundsen mfl., 1995). Den samme tendensen fant de når de så på antall storkonsumenter ved at det var mange i Oslo og færre i landkommunene per innbygger.

Videre refereres det til en undersøkelse blant ungdom mellom 15 og 20 år som viser at omkring 20-25 pst. av ungdommene i Oslo har prøvd cannabis, mens det tilsvarende tallet for landet som helhet er 13-15 pst. (Rusmidler i Norge, 2006). Videre har Oslo i de senere år hatt i underkant av 40 pst. av overdosedødsfallene (Rusmiddelsituasjonen i Norge 2006, Helse- og omsorgsdepartementet) og det er beregnet at Oslo har omkring en tredjedel av alle sprøytemisbrukere i landet (Bretteville-Jensen og Amundsen, 2006).

Melberg og Alver (2003) skriver videre at selv om tallene klart indikerer at problemene i gjennomsnitt er større i storbyene enn i landkommunene, er det også tegn som tyder på at flere kommuner er i ferd med å hente inn og i noen tilfeller gå forbi Oslo. Det var f.eks. kommunene utenfor Oslo som hadde den største veksten i overdosedødsfall. Estimat for antall sprøytemisbrukere viser den samme tendensen. De konkluderer med at Oslo og storbyene har store brukergrupper, men at flere store kommuner utenom de største storbyene har vel så store brukergrupper relativt til innbyggertallet og at veksten i narkotikaproblemene ser ut til å ha vært størst utenfor storbyene.

Utvalget viser til at statistikk for kommunenes kostnader til tilbud til personer med rusproblemer viser at Oslo har svært avvikende høye kostnader per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet og andre større byer. Analysene gir imidlertid ikke mulighet til å undersøke geografiske forskjeller i merforbruk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, etter kontroll for andre risikofaktorer.

²⁶SIRUS utfører og formidler forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Forskningsområdene omfatter alkohol, narkotika, tobakk og pengespill.

8.3.4 Analyser og resultater

Det har ikke tidligere vært undersøkt om kriteriene som ligger i dagens inntektssystem gir en god beskrivelse av behovene for rusbehandling i spesialisthelsetjenestene og kostnadene knyttet til ulike brukergrupper. Utvalget har derfor fått gjennomført beregninger av hvilke kriterier som bør inngå i en egen behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Det er benyttet samme metodiske tilnærming og samme type data i analysene av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som for psykisk helsevern for voksne, se kapittel 8.2.4. Analysene er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i rustiltak på en gitt dato. Pasienttellingsdata er godt egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Det foreligger per dato ikke nasjonale pasientdata for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

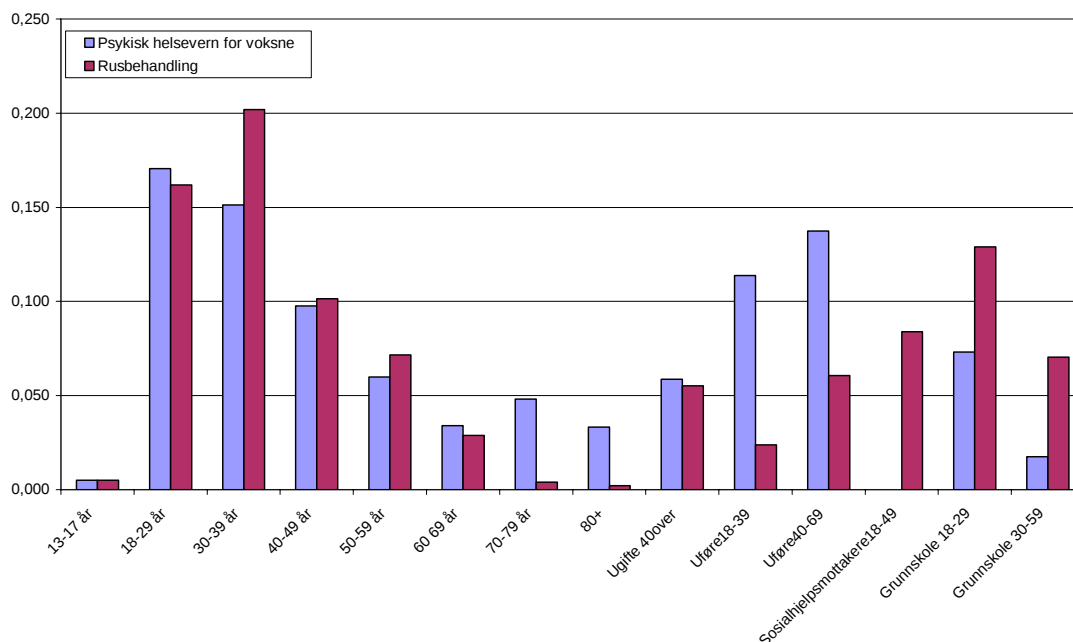
Fordi behandlingskostnader kan variere mellom ulike tjenestetyper, er beregningen av merforbruk for ulike demografiske, sosiodemografiske og sosioøkonomiske grupper utført separat for hver tjenestetype. Dataene gir mulighet for to ulike inndelinger av tjenestetype, henholdsvis institusjonstype (poliklinikker, kortidsinstitusjoner og langtidsinstitusjoner) og omsorgsnivå (poliklinisk, dag- og døgnbehandling). Utvalget har valgt å legge omsorgsnivå til grunn i beregningene og resultatene for tjenestetypene vektes inn på grunnlag av beregninger av kostnadsandeler. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 8.

Utvalget har valgt å bruke samme aldersinndeling for alle tjenestene som skal inngå i den samlede behovsnøkkel for de regionale helseforetakene. Dette gir sju grupper for voksne. I datamaterialet inngår også pasienter som er yngre enn 18 år. Disse er inkludert i analysene og det gis en egen vekt for aldersgruppen 13-17 år. Samlet gir resultatene fra analysene en andel for alderskriteriene på nær 58 pst. Fordelingen mellom alderskriterier og sosiale kriterier er derfor relativ lik den som er beregnet for psykisk helsevern for voksne.

I tillegg til aldergruppene, gir beregningene at følgende grupper har merforbruk av spesialisert rusbehandling:

- Ugifte 40 år og eldre.
- Uføretrygdete med psykiatrisk diagnose 18-39 år.
- Uføretrygdete med psykiatrisk diagnose 40-69 år.
- Sosialhjelpsmottakere 18-49 år.
- Grunnskole eller mindre 18-29 år.
- Grunnskole eller mindre 30-59 år.

Dette er de samme kriteriene som inngår i dagens nøkkel. I figur 8.3.1 sammenstilles resultatene for rusbehandling med resultatene for psykisk helsevern.



Figur 8.3.1 Vekter for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling basert på analyseresultater.

Den største forskjellen mellom de to vektsettene når det gjelder fordeling på aldersgrupper, er at aldersgruppene mellom 30 og 50 år teller mer for rusbehandling mens de eldre teller mer for psykisk helsevern for voksne. Vekten for "ugifte 40 år +" er relativ lik for de to tjenestene. For de øvrige sosiale kriteriene er det betydelige forskjeller. Merutgiftene knyttet til lav utdanning er relativt sett høyere for rusbehandling enn psykisk helsevern. Mens det ikke beregnes merforbruk knyttet for sosialhjelpsmottakere for psykisk helsevern, utgjør dette kriteriet over 8 pst. av beregnet kostnadsbehov for rusbehandling. På den annen side beregnes et større merforbruk relativt sett for uføretrygdde for psykisk helsevern for voksne enn for rusbehandling. Det er altså en ulik pasientprofil med hensyn til sosioøkonomisk status for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

8.3.5 Utvalgets vurderinger og forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

Utvalget fester lit til analysene som er utført for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og baserer forslag til behovsnøkkel på analyseresultatene som er beskrevet i avsnitt 8.3.4.

Analysene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling gir ikke mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i storbyer. Diskusjonen i avsnitt 8.3.3 viser at det er argumenter for at problemer med rusmiddelavhengighet og dermed behandlingsbehovene er større spesielt i Oslo enn ellers i landet. Utvalget finner at det er grunnlag for å gi Oslo en skjønsmessig innvekting i behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er lite empiri å basere seg på når det gjelder hvilken vekt kriteriet bør få. Statistikk for kommunenes kostnader til tilbud til personer med rusproblemer viser at Oslo har svært avvikende høye kostnader per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet og andre større byer. Kostnadsvariasjoner for kommunale tjenester er ikke direkte overførbare til

spesialisthelsetjenesten og utvalget har skjønnsmessig satt vekten til 5 pst. av 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 sitt bidrag til behovsvariasjoner.

Utvalgets vurderinger er oppsummert i boks 8.3.

Boks 8.3 Vurdering av fordelingskriterier, rusbehandling.	
Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Inngår i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Alder</i>	10 aldersgrupper. Alder har betydning for forbruk av tjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.
<i>Andel ugifte</i>	Ugifte over 40 år er overrepresentert blant pasienter innen rusbehandling
<i>Andel uføretrygdete med psykiatrisk diagnose</i>	Uføretrygdete i aldersgruppene 18-39 år og 40-69 år er overrepresentert blant pasienter innen rusbehandling. Utvalget foreslår at kriteriet beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.
<i>Andel sosialhjelpsmottakere</i>	Sosialhjelpsmottakere i alderen 18-49 år er overrepresentert blant pasienter innen rusbehandling. Utvalget anbefaler at kriteriet beregnes som glidende gjennomsnitt for flere år.
<i>Andel med grunnskole utdanning</i>	Personer i aldersgruppene 18-29 år og 30-59 år som har utdanning fra grunnskole som høyeste utdanning er overrepresentert blant pasienter innen rusbehandling.
<i>Storby(Oslo)</i>	Datagrunnlaget gir ikke mulighet til å analysere betydningen av storbyproblematikk. Utvalget finner det dokumentert at det er større utbredelse av rusproblemer i Oslo enn ellers i landet. Variabelen gis en skjønnsmessig innvekting.

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern er vist i tabell 8.3.1. Utvalget vurderer at dette gir en vesentlig forbedring i forhold til nøkkelen som benyttes for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i dagens inntektssystem. Forslaget gir en annen vektning av demografiske, sosiale og sosionomiske grupper enn nøkkel for psykisk helsevern.

I likhet med vurderingene av kriterier basert på trygdeytelser for somatisk spesialisthelsetjeneste, anbefaler utvalget at uføretrygdkriteriene beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået. Utvalget anbefaler også at andel sosialhjelpsmottakere beregnes som et glidende gjennomsnitt over flere år.

Innvekting av storby-kriteriet betyr at vektene for de øvrige kriteriene reduseres, og at andelen fordelt etter alderskriterier blir 55 pst. og andelen fordelt etter sosiale kriterier blir 45 pst.

Tabell 8.3.1 Forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kriterium	Vekt	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,004	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,154	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,192	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,096	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,068	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,027	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,004	Sum alderskriterier:
Andel i aldersgruppen 80 år+	0,002	0,547
Andel ugifte 40 år+	0,053	
Andel uføretrygdete PH diagnose 18-39 år	0,023	
Andel uføretrygdete PH diagnose 40-69 år	0,058	
Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år	0,080	
Andel grunnskole 18-29 år	0,122	
Andel grunnskole 30-59 år	0,067	Sum sosiale kriterier:
Andel storby (Oslo)	0,050	0,453
Sum	1,000	

I tabell 8.3.2 vises fordelingen på regionene basert på nøkkelen i tabell 8.3.1 og fordeling basert på dagens nøkkel, vektet med befolkningsandelene for regionene. Fordelingen er vist som beregnet behov per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet. For å vise fordelingseffekter av henholdsvis alderskriterier og sosiale kriterier er samlet fordelingsvirkninger også dekomponert i to delindekser.

Med behovsnøkkelen fra tabell 8.3.1 får Helse Sør-Øst et beregnet behov for rusbehandling som er 5,2 pst. høyere enn landsgjennomsnittet. Regionen ligger 1 pst. over landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 10,2 pst. over landsgjennomsnittet for de sosiale kriteriene.

Helse Vest får beregnet et behov som ligger 8,3 pst. under landsgjennomsnittet. Regionen ligger om lag på landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 18,3 pst. under landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

Helse Midt-Norge får beregnet et behov som ligger 8,4 pst. under landsgjennomsnittet. Regionen ligger 2,3 pst. under landsgjennomsnittet for alderskriteriene og 15,9 pst. under landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

Helse Nord får beregnet et behov som ligger 0,3 pst. over landsgjennomsnittet. Regionen får lavest beregnet behov basert på alderskriterier, 2,4 pst. under landsgjennomsnittet, men ligger 3,5 pst. over landsgjennomsnittet for sosiale kriterier.

Tabell 8.3.2 Behovsindeks²⁷. Regional fordeling per innbygger basert på dagens behovsnøkkel og forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målt i forhold til landsgjennomsnittet (=100).

	Kun alderskriterier	Kun sosiale kriterier	Ny nøkkel	Dagens nøkkel
Helse Sør-Øst	101,0	110,2	105,2	101,1
Helse Vest	99,9	81,7	91,7	95,9
Helse Midt-Norge	97,7	84,1	91,6	98,6
Helse Nord	97,6	103,5	100,3	104,6
Norge	100,0	100,0	100,0	100,0

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 fra tabell 8.3.1 gir en større andel til Helse Sør-Øst og en lavere andel til de øvrige regionene sammenlignet med dagen nøkkel. Den skjønsmessige innvektningen av storby-kriteriet bidrar til en omfordeling til Helse Sør-Øst fra de øvrige regionene. Tabell 8.3.2 viser imidlertid ikke omfordelingseffekter sammenlignet med dagens bevilgning, da 50 pst. av bevilgningen er basert på historiske kostnader.

8.4 Prehospitale tjenester og pasienttransport

8.4.1 Innledning. Regionale helseforetaks ressursbruk på prehospitale tjenester og pasienttransport

I kapittel 8.4 redegjøres det for utvalgets tilnærming til å beregne regionale helseforetaks behov for ressurser til prehospitale tjenester samt utvalgets vurderinger og forslag.

Analysene og forslag til kostnadsnøkkel som presenteres i dette kapittelet er nybrottsarbeid. I Hagen-utvalgets gjennomgang (NOU 2003:1) inngikk kostnader til ambulanse i kostnadsnøkkelen for somatiske spesialisthelsetjenester. Analysene av fylkeskommunenes utgifter til somatiske helsetjeneste per innbygger viste en positiv sammenheng mellom utgiftsnivå og reisetid til sykehus. Selv om dette ikke ble

²⁷ Følgende datagrunnlag er brukt i beregninger av behovsindeks:

Alderssammensetning: Befolkning 01.01.07. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ugifte: Ugifte 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Uføretrygdde med psykiatri diagnose per 31.12, gjennomsnitt 2003-2005. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet/Statistisk sentralbyrå.

Uføretrygdde: Mottakere av uføreytelser per 31/12, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Sosialhjelp: Sosialhjelpsmottakere per 31/12, gjennomsnitt 2004-2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Grunnskole: Grunnskole som høyeste fullførte utdanning 2006. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Storby: Innbyggertall i Oslo 01.01.07. Kilde: Statistisk sentralbyrå

eksplisitt diskutert, er det nærliggende å tro at effekten av reisetid i betydelig grad kan knyttes til forskjeller i ambulanssekostnader.

Kostnadene til prehospitale tjenester og pasienttransport utgjorde til sammen 4,5 mrd. kroner i 2006 eller om lag 5,8 pst. av de regionale helseforetakenes samlede driftskostnader, jf. også tabell 3.1 i kapittel 3. Kostnadene fordelte seg slik i helseforetakenes regnskaper:

- ambulanse (bil- og båtambulanse) - om lag 2 mrd. kroner,
- luftambulanse - i underkant av 0,6 mrd. kroner, og
- pasienttransport - om lag 1,9 mrd. kroner.

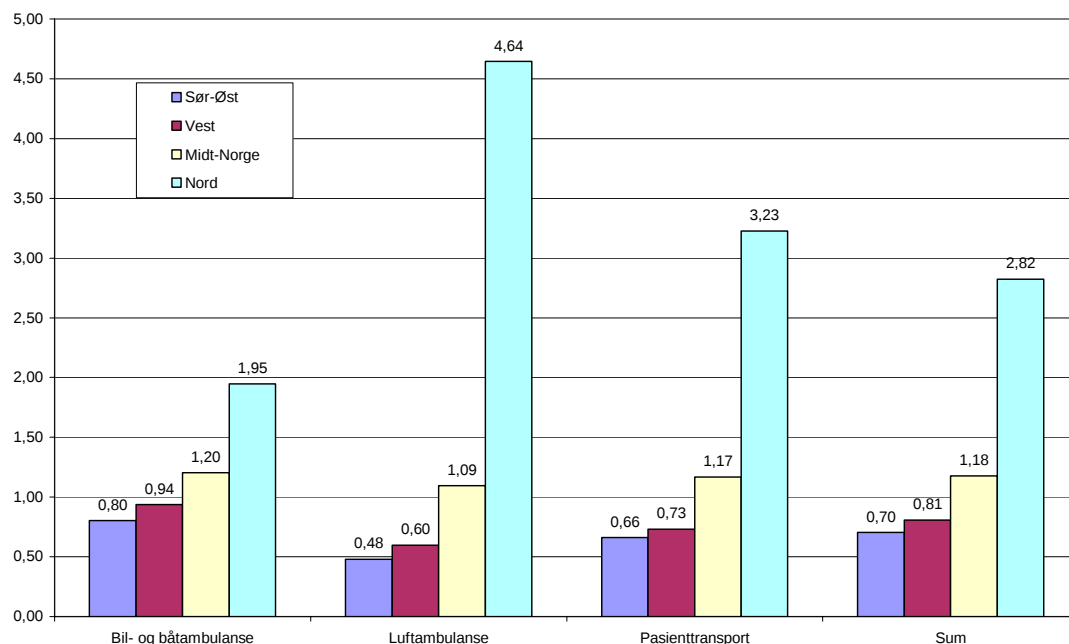
Prehospitale tjenester omfatter også nødmeldetjenesten AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral). Kostnadene til AMK kan ikke identifiseres i regnskapene, men er beskjedne sammenlignet med kostnader til øvrige prehospitale tjenester. Kostnader til AMK er derfor ikke forsøkt kartlagt og studert nærmere.

8.4.2 Nærmere om prehospitale tjenester og pasienttransport i de regionale foretakene

Prehospitale tjenester omfatter tjenester innenfor den akuttmedisinske kjeden som ligger utenfor sykehus. De prehospitale tjenester omfatter medisinsk nødmeldetjeneste (bl.a. AMK), kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Det er kostnadsvariasjoner mellom regionale helseforetak knyttet til den siste, ambulansetjenesten (bil, båt og luft), som skal analyseres i kapittel 8.4. I motsetning til ambulansetjenesten, brukes pasienttransport først og fremst ved elektiv behandling. Som bakgrunn for utvalgets arbeid, gis det videre en kort oversikt over ambulansetjenesten og pasienttransport.

Det er for prehospitale tjenester og pasienttransport vi finner størst forskjeller i kostnader per innbygger mellom de regionale helseforetakene. Mens forskjellen mellom høyest og lavest kostnad per innbygger for regionene i 2006 var henholdsvis om lag 20, 40 og 70 pst. for psykisk helsevern, somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, var forskjellen 400 pst. for ambulanse og pasienttransport. Kostnadsforskjellene varierer også innenfor disse områdene. Dette er framstilt i figur 8.4.1 som viser kostnader per innbygger som andel av landsgjennomsnittet etter region.

Rangeringen av regionene er den samme for alle tjenestene. Helse Nord har klart høyest kostnader per innbygger, Helse Midt-Norge nest høyest, Helse Vest nest lavest og Helse Sør-Øst har lavest kostnader per innbygger. De regionale forskjellene er minst for bil- og båtambulanse og størst for luftambulanse. Og vi ser at det altså er Helse Nord som skiller seg ut med avvikende høye kostnader for alle tjenestene.



Figur 8.4.1 Kostnader per innbygger som andel av landsgjennomsnittet. Bil- og båtambulanse, luftambulanse og pasienttransport. 2006.

Kilde: SINTEF Helse.

Ambulansetjenesten (bil, båt og luft)

De regionale helseforetakene har ansvar for ambulansetjenesten på lik linje med øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette er regulert i lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1a første ledd:

”De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder 4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,”

Foretakene har hjemmel til å velge om ambulansetjenesten skal organiseres som en del av helseforetakenes virksomhet, eller ved kjøp av tjenester fra private aktører.

De faglige kravene til tjenesten er regulert i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som trådte i kraft 1. april 2005. Forskriften setter faglige krav til ambulansetjenesten. Kravene gjelder uavhengig av om tjenesten ytes av private aktører, eller som en del av foretakenes virksomhet. De faglige kravene i forskriften omfatter bl.a.:

- Ambulansebiler og -båter skal være betjent av minst to helsepersonell for å sikre pasienten adekvat behandling og oppfølging under transport.
- Minst en av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider, øvrig personell må kunne dokumentere annen akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Det er gitt en overgangsordning på fem år for å oppfylle dette kravet – fra forskriften trådte i kraft 1. april 2005.
- Det er også angitt at ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres.

Ambulansetjenesten skal være en del av den lokale akuttmedisinske beredskapen, og skal primært dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander. Ambulansetjeneste er en medisinsk tjeneste, til forskjell fra pasienttransport som omfatter pasientenes rett til å få dekket utgifter til transport (og om nødvendig overnatting) til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Ambulansetjenesten har i løpet av de siste par tiårene utviklet seg fra å være tjenester med hele eller det meste av vekten på transportaspektet til å være en medisinsk tjeneste. Bedre utdanning og bedre organisering har gitt tjenesten et betydelig faglig løft. Alle ambulanser er nå tomannsbetjente, har bedre utstyr og personalet har økt kompetanse i både diagnostikk og behandling før ankomst til sykehus. Nye kommunikasjonsløsninger gjør det mulig for spesialister i sykehus å stille presise diagnoser (f.eks. ved akutte hjertelidelser) og starte behandling lenge før pasienten er kommet fram til sykehus.

Samtidig har det skjedd endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene, noe som i mange tilfeller innebærer lengre transportavstander med økte kvalitative og kvantitative krav til ambulansetjenesten. Sammenslåing av kommunale legevaktsdistrikter og omlegging til mer stasjonær legevaktjeneste (færre tilfeller der lege reiser ut til pasienten) hevdes å ha bidratt til en økning i antall ambulanseoppdrag. Ifølge statistikk for bil- og båtambulansetjenesten fra SSB har antall oppdrag økt fra 120 oppdrag per 1000 innbyggere i 2000 til 152 oppdrag per 1000 innbyggere i 2006, eller nærmere 30 pst.²⁸. Antall kjørte kilometer har økt med nesten 2 mill. km i perioden 2003-2006. Det er store regionvise forskjeller. Antall døgnambulanser per 100.000 innbygger er nesten fem ganger så høyt i Helse Nord som i tidligere Helse Øst, antall beredskapstimer per innbygger er seks ganger høyere i Nord, antall kilometer per oppdrag er nesten det dobbelte (Øst: 45, Nord: 83).

Båtambulansen er for mange øysamfunn like viktig som bilambulansen. Tall fra SSB viser at det var 37 ambulansebåter i drift i 2006. Om lag 27 pst. av disse var i Helse Vest, 16 pst. i Helse Midt-Norge og 51 pst. i Helse Nord. Selv om bruken av ambulanshelikopter har økt tilgjengeligheten, er det ofte bare ambulansebåten som går når været er dårlig. Det vil derfor fortsatt være behov for båtambulanser flere steder langs kysten, og i de fleste helseforetakene er den faglige standarden nå på høyde med bilambulansetjenesten.

Nærmere om luftambulansen

I 1988 ble det etablert en nasjonal luftambulansetjeneste, der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrygdeverket om dedikert beredskap med spesialinnredete ambulansefly og -helikoptre. Helsepersonellbemanningen ble besørget av fylkeskommunale sykehus. Etter sykehusreformen i 2002 ble ”sørge for”-ansvaret for luftambulansetjenesten overført til alle de regionale helseforetakene. I 2004 etablerte disse et felles datterselskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, som har det operative ansvaret for tjenesten. Flykontraktene inngås etter ordinære anbudsprosesser.

²⁸ Se <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>

I 2006 bestod tjenesten av 12 ambulanshelikoptre bemannet med anestesilege, operert fra 11 helikopterbaser, og 9 ambulansfly bemannet med spesialsykepleiere og lege ved behov, operert fra 7 ambulansflybaser. Forsvarets legebemannede redningshelikoptre benyttes også i stor grad til luftambulanseoppdrag, operert fra 4 baser, men har søk og redning som sin prioriterte oppgave.

Bruken av luftambulansetjenester er blitt fordoblet siste ti år, og årsakene er flere:

- Endringer i medisinsk behandling, med større krav til sentralisering av tjenester, f.eks. behandling av akutt hjerteinfarkt og kompliserte skader.
- Økt grad av funksjonsfordeling mellom sykehus har medført økt behov for overflytting mellom sykehus, også av alvorlig syke pasienter.
- Press på intensivavdelingene ved de store sykehusene medfører økt behov for tilbaketransport til lokalsykehusene etter avsluttet behandling.

Pasienttransport og transport av helsepersonell

Ansvar for pasienttransport i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble gradvis overført fra trygdeetaten til regionale helseforetak i perioden 2004 til 2006. Fra 2006 dekket regionale helseforetak alle kostnader knyttet til pasienttransport. Regionale helseforetak fikk i tillegg finansieringsansvaret for transport av helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten fra 2004.

De regionale helseforetakene har i stor grad delegert ansvaret for pasienttransport ned på det enkelte helseforetaksnivå. Dette skal bidra til at behandlingstilbud og transport i bedre grad kan koordineres. Pasienttransport er i hovedsak knyttet til elektiv behandling. Helseforetakene refunderer utgifter pasienten har hatt til transport (egen bil, drosje, buss, fly osv.) og overnatting i forbindelse med behov for helsetjenester i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

I statsbudsjettet 2008 er det foreslått å bevilge totalt 1904,8 mill. kroner over kap. 732 post 70 Tilskudd til helseforetakene mellom de fire regionale helseforetakene til pasienttransport og transport av helsepersonell. Midlene er skjevt fordelt mellom de regionale helseforetak, og tilskuddet inngår av den grunn ikke i dagens inntektsfordelingsmodell. Skjevfordelingen slår særlig ut for Helse Nord som har en mye høyere andel av tilskuddet enn f.eks. befolkningsandelen skulle tilsi. Dette kan forklares med spredtbygdhet og større avstander til sykehus i de tre nordligste fylkene sammenlignet med resten av landet. Som en oppfølging av mandatet, har utvalget inkludert utgifter til pasienttransport i de videre analysene i kapittel 8.4.

8.4.3 Forhold som påvirker kostnadene til prehospitale tjenester

Det foreligger i liten grad tidligere forskning å støtte seg til i diskusjonen av faktorer som bidrar til kostnadsvariasjoner mellom geografiske områder for ambulanse og pasienttransport, som bør kompenseres for i et inntektsfordelingssystem. Finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten i England inkluderer en komponent som ivaretar "uunngåelige kostnadsforskjeller" ("unavoidable cost variations") knyttet til drift av ambulansetjenester i ulike geografiske områder. Kostnadsindeksen for ambulansetjenester er et produkt av tre kostnadsdrivere: (i) en indeks som fanger opp bosettingsmønster ("rurality index"), en skalaeffekt og en "case-mix" indeks. Sistnevnte måles som andel akuttoppdrag ("emergency") som andel av totale oppdrag (Resource Allocation: Weighted Capitation Formula, 2005).

Selv om demografiske forskjeller bidrar til forskjeller i etterspørsel etter tjenester, er det i første rekke forhold knyttet til geografi og bosettingsmønster som forventes å være de viktigste forklaringsfaktorene for kostnadsforskjeller innen prehospitale tjenester og pasienttransport mellom regionene. Det er store regionale forskjeller i geografi og bosettingstetthet og dermed store forskjeller i reiseavstand både til pasient og til sykehus.

Hvordan reiseavstander virker inn på kostnadsmonsteret varierer mellom tjenestene. Kostnadene til pasienttransport er knyttet til reiseavstander både til primærhelsetjeneste og til sykehus. Jo lengre reiseavstander, jo høyere transportutgifter. Hvordan helseforetakene organiserer og administrerer pasienttransporten vil kunne ha betydning for kostnadsnivå. Økt grad av samkjøring og koordinering av transportoppdrag vil kunne redusere helseforetakenes kostnader, samtidig som det kan bidra til økt transporttid og ventetid for pasientene. Mulighetene til å ta ut kostnadsbesparelser på denne måten vil trolig også påvirkes av befolkningsgrunnlag og bosettingstetthet. Ambulansetjenester skiller seg fra pasienttransport ved at de utgjør en del av den akuttmedisinske kjeden (NOU 1998:9), og at det derfor er knyttet betydelige beredskapskostnader til tjenestene. Beredskapskostnader per innbygger vil være knyttet til befolkningsunderlaget i de geografiske områdene tjenesten dekker. Spredt bosetting og lange reiseavstander øker beredskapskostnadene. Beredskapskostnadene vil videre være bestemt av krav til responstider og kvalitet som settes for bemanning av transportmidlene. Sannsynligheten for å bruke luftambulanse heller enn bilambulanse vil, i tillegg til hastegrad, være betinget av reiseavstand til sykehus. Kostnadene til oppdrag utført med luftambulanse vil være høyere enn kostnadene til oppdrag utført med bruk av bil.

8.4.4 Analyser og resultater

Mulighetene for å gjøre pålitelige analyser av faktorer som bidrar til kostnadsvariasjoner innen prehospitale tjenester og pasienttransport er begrenset av tilgjengelige data. Gode data på et tilstrekkelig disaggregert nivå som fanger opp kostnadsvariasjoner er ikke lett tilgjengelig. Analyse av historiske kostnadsdata på aggregert nivå er problematisk dersom det er kvalitetsforskjeller i tjenestetilbudet. En alternativ tilnæringsmåte til forskjeller i kostnadsbehov mellom regionene er å bruke en normativ tilnærming. SINTEF Teknologi og samfunn har utviklet en normbasert modell for bilambulanse som er utprøvd både på nasjonalt nivå og på lavere nivå. Modellen ble utviklet i forbindelse med en analyse av økonomiske konsekvenser av nye krav til responstider i ambulansetjenesten på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet i 2002 (Johansen, Rømo og Hope, 2002). Modellen er senere brukt i ulike utredninger på regionnivå og lavere nivå. SINTEF Teknologi og samfunn har gjort nye modellberegninger for bilambulansetjenesten for utvalget. Utvalget kjenner ikke til tilsvarende normbaserte modeller for luftambulanse og pasienttransport. Utvalget har gjennomført analyser av kostnadsvariasjoner basert på forliggende statistikk for å undersøke mulige effekter av reiseavstander for disse tjenestene. Analysene er i første rekke eksplorative og er gjort for å gi et bredere informasjonsgrunnlag for utvalget til å vurdere regionale kostnadsforskjeller for de to tjenestene.

Analysemuligheten for prehospitale tjenester og pasienttransport er altså begrenset av tilgjengelige data og analysemodeller. Tjenestene burde ideelt sett analyseres under ett, basert på modeller som tar hensyn til forhold som påvirker bruk av de ulike tjenestene. Tjenestene er både komplementære og kan være substitutter. Det er regionale forskjeller i betingelsene for bruk av de ulike tjenestene. Ulik geografi og bosettingstetthet gir ulik reiseavstand til både til pasient, til primærhelsetjenester og til sykehus tjenester. Utvalget påpeker derfor behovet for bedre datagrunnlag og mer omfattende analyser av prehospitale tjenester og pasienttransport enn det som har vært mulig innenfor rammene av utvalgets arbeid.

Selv om geografi og bosettingsmønster kan ha betydning for valg av sykehusstruktur og funksjonsfordeling mellom sykehus, tar vi utgangspunkt i dagens struktur i analyser av sammenheng mellom reiseavstander og kostnader til ambulanse og pasienttransport.

8.4.4.1 Bilambulanse

Resultatene fra bilanalysen gir en beregning av driftkostnader for ambulansetjeneste basert på normative kvalitetskrav knyttet til responstid og tilgjengelighet. Basismetodikken som benyttes i modellen er basert på optimeringsbaserte lokaliseringsanalyser for ambulansestasjoner.

Målsettingen er å minimere den samlede forventede responstiden for hele befolkningen, fra en akutt hendelse skjer til ambulansepersonell er hos pasient. Modellen knytter seg opp mot en reponstidsnorm, uavhengig av dagens tilpasning. Det er benyttet en uttalt, men ikke veiledende norm på at 90 pst. av alle utrykninger i kategorien Akutt skal være hos pasient innen 12 minutter (inkludert AMK-tidsbruk) i tettbygde strøk, mens 90 pst. av alle utrykninger skal være hos pasient innen 25 minutter i spredtbygde strøk. Ut i fra hva som ville vært ideell lokalisering av ambulansestasjoner i forhold til å oppfylle denne normen lages så en dimensjonering av antall biler det er behov for ved hver ambulansestasjon i hver region. Som utgangspunkt for dimensjoneringen settes et normkrav til tilgjengelighet som sier at 90 pst. av alle akutthendelser skal på forventning bli betjent av nærmeste ambulansestasjon. Lange reiseavstander til sykehus eller stor befolkningsmengde er elementer som bidrar til større bilpark for å oppnå en tilgjengelighetsnorm.

Resultatene fra lokaliseringsmodellen og dimensjoneringen av stasjonene gir variabler som antall oppdrag, antall ambulansestasjoner, antall biler, kjørte kilometer og bemanning basert på opplysninger om befolkning og reiseavstander på grunnkrets nivå. Normkravene er ikke satt på grunnkrets nivå, men er beregnet for større geografiske områder. Gitt forutsetninger om priser beregnes fire kostnadskomponenter; husleiekostnader, bilkostnader, årsverkskostnader og kilometerkostnader. Det er ikke lagt inn differensierte priser for annet enn årsverkskostnad som følger av differensiert arbeidsgiveravgift. Gjeldende satser for 2007 er da brukt. Modellen og kostnadsberegningen er beskrevet i mer detalj i rapport fra SINTEF Teknologi og samfunn (Bull-Berg mfl., 2007).

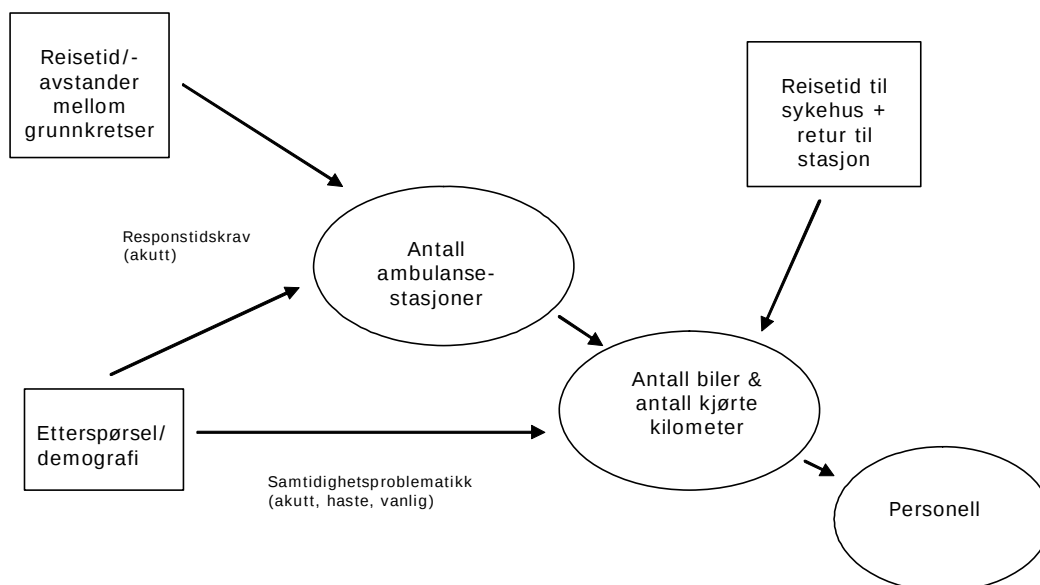
Modellen baserer sine analyser på grunnkretsrelaterte data om befolkning fordelt på aldersgrupper for 2006 som leveres av SSB. Det er altså kun alder som inngår som etterspørselsdriver i analysen. I likhet med tidligere analyser som SINTEF Teknologi og samfunn har gjennomført, benyttes aldersfordelte etterspørselsfrekvenser for Sør-

Trøndelag for 2002 etter henholdsvis akutt-, haste- og vanlige oppdrag. Det forutsettes dermed at oppdragsfordelingen på aldergrupper i Sør-Trøndelag på et gitt tidligere tidspunkt er representativ for hele landet. Innhenting av data og tilrettelegging av modellen som forbedrer modelleringen av etterspørselssiden er et omfattende og dataintensivt arbeid som forventes gi marginal effekt i et prosjekt som dette. Fra de regionale modellene som er utviklet i tilknytning til arbeidet med Nasjonal transportplan har SINTEF Teknologi og samfunn informasjon om reisetider og reiseavstander for transport på veg.

Analysen omhandler bilambulanser, men det er forsøkt korrigert for stor båtavhengighet ved at det er lagt inn ekstra bil i aktuelle områder. Med andre ord er antall biler overvurdert i områder med stor båtavhengighet.

Modellen kan illustreres ytterligere med utgangspunkt i figur 8.4.2. Befolkningsstørrelse og sammensetning på grunnkretsnivå, reisetid mellom grunnkretser og responstidskrav for akutthendelser bestemmer antall ambulansestasjoner i modellen. Spredt bosetting i form av lange reiseavstander mellom grunnkretser krever flere ambulansestasjoner, og dermed høyere beredskap per innbygger, for gitt responstid fra hendelse oppstår til ambulanse er på hendelsessted.

Estimert oppdragsmengde (akutt-, haste- og vanlige oppdrag) er, sammen med reisetid til sykehus samt reisetid for retur til stasjon, med å bestemme antall biler per stasjon. Modellen fanger opp variasjoner over døgnet i etterspørsel og dette påvirker sammensetningen av bilparken, dvs. fordeling på biler med døgnberedskap, dag-/kveldberedskap eller dagberedskap. Modellen ivaretar også samtidighetsproblematikk ved at det er satt en norm på at 90 pst. av alle akutthendelser skal føre til umiddelbar utrykning uten å måtte vente på bil. Lange reiseavstander til sykehus og tilbake til stasjon krever flere biler. Bemanningen følger i modellen av beregnet antall biler. Det er lagt på et felles krav om kasernert vakt på stasjonen 24 timer i døgnet. Det er også lagt inn et felles bemanningskrav om to personer per bil der en er fagarbeider og den andre har fagbrev.



Figur 8.4.2 Illustrasjon normativ modell for bilambulanse.

Tabell 8.4.1 viser fordelingen av kostnader på kostnadskomponenter basert på modellberegningene. Det er bemanningskostnaden som utgjør den klart viktigste kostnadskomponenten gitt prisforutsetningene, med hele 80 pst. av samlede normerte kostnader for landet. Kilometerkostnaden er den minste kostnadskomponenten, med kun 3 pst. av normerte kostnader. Det er lagt inn 3 kroner per kjørte kilometer, som er gjeldende statlig sats for kilometergodtgjørelse. Selv om vi dobler denne satsen øker andelen for kilometerkostnad til kun i overkant av fem pst.

Tabell 8.4.1 Beregnede normerte driftskostnader til bilambulanse i helseregionene. Fordeling (%) på kostnadskomponent.

	Husleie	Bilkostnader	Bemannings-kostnader	Km kostnader	Normerte kostnader
Helse Sør-Øst	4,1 %	12,0 %	80,8 %	3,1 %	100,0 %
Helse Vest	4,5 %	12,0 %	81,1 %	2,5 %	100,0 %
Helse Midt-Norge	4,5 %	12,1 %	80,8 %	2,6 %	100,0 %
Helse Nord	5,0 %	12,8 %	79,3 %	2,9 %	100,0 %
Norge	4,5 %	12,2 %	80,5 %	2,8 %	100,0 %

Det er ikke store forskjeller mellom regionene i kostnadssammensetningen. Den viktigste forskjellen er at bemanningskostnadene utgjør en lavere andel i Helse Nord sammenlignet med de andre regionene, henholdsvis 79 pst. mot 80 pst. Helse Nord har høyest andel på husleie og bilkostnader. Helse Vest har høyest andel på bemanningskostnader, mens Helse Sør-Øst har høyest andel på kjørte kilometer.

Tabell 8.4.2 viser fordeling av beregnede kostnader på regionene, både som andel av samlede kostnader og som kroner per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet.

Tabell 8.4.2 Fordeling av beregnede kostnader og kostnad per innbygger til bilambulanse i forhold til landsgjennomsnittet for helseregionene.

	Fordeling av kostnader (%)		Kostnader per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet	
	Normerte driftskostnader	Normerte kostnader inkl husleie	Normerte driftskostnader	Normerte kostnader inkl husleie
Helse Sør-Øst	35,2 %	35,1 %	0,63	0,63
Helse Vest	21,0 %	21,0 %	1,01	1,01
Helse Midt-Norge	19,8 %	19,8 %	1,42	1,42
Helse Nord	24,0 %	24,1 %	2,43	2,44
Norge	100,0 %	100,0 %	1,00	1,00

Beregnete kostnader gir samme rangering av kostnad per innbygger på regionene som regnskapsførte kostnader for 2006. Gitt modellforutsetningene beregner den normative modellen en større andel av kostnadene til Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord og en lavere andel til Helse Sør-Øst enn regnskapsførte kostnader i 2006.

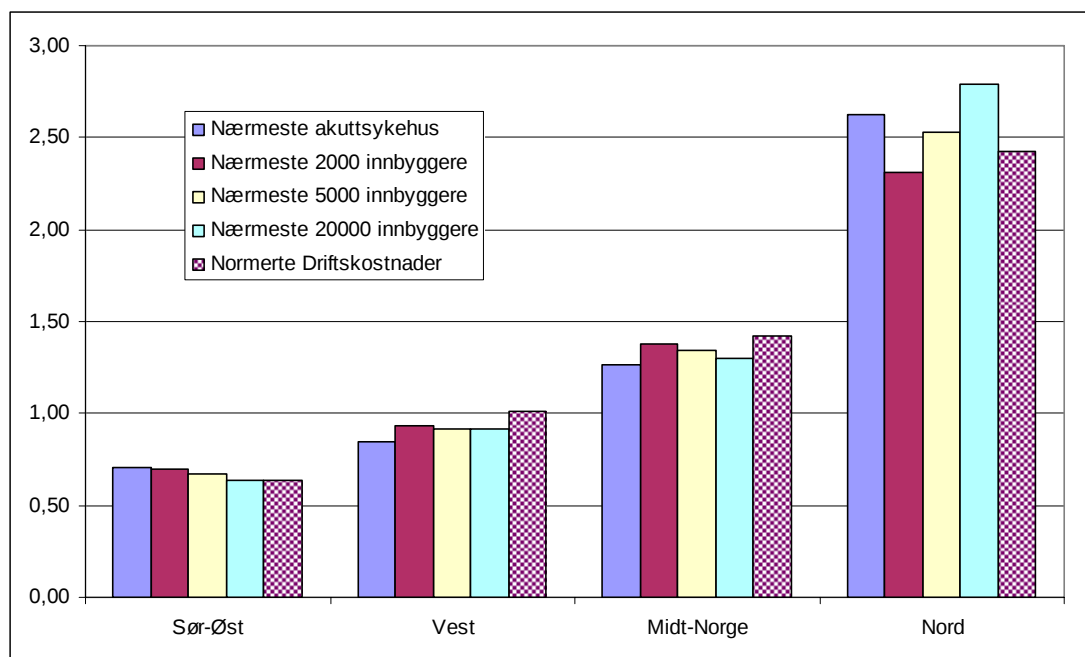
Fordelingen på regionene påvirkes i liten grad av endrede prisforutsetninger. Dette skyldes at sammensetningen av kostnadskomponenter er relativ lik mellom regionene. Av samme årsak påvirkes heller ikke fordelingen i vesentlig grad av endret forutsetning om kvalitetskrav i forhold til bemanning. Bemanningskrav og prisforutsetninger har selvsagt betydning for beregnet samlet kostnad til ambulansetjenesten, men har altså mindre betydning for fordelingen mellom regionene.

Prisforutsetningen er som nevnt ikke differensiert på region med unntak av sats for arbeidsgiveravgift. I og med at bemanningskostnaden utgjør den klart største kostnadskomponenten er det i første rekke differensierte årsverkskostnader som har betydning for fordeling. Utvalget legger til grunn at det ikke kompenseres for eventuelle andre forskjeller i årsverkskostnader enn differensiert arbeidsgiveravgift.

Den viktigste kostnadsdriveren i den normbaserte modellen for ambulansetjenesten er reiseavstander. Det er derfor en nær sammenheng mellom gjennomsnittlige reiseavstander og beregnede kostnader per innbygger til ambulansetjenesten. I figur 8.4.3 er dette illustrert ved å sammenholde beregnede normkostnader per innbygger med ulike avstandsmål på regionnivå; gjennomsnittlig reisetid i minutter til nærmeste akuttstusykehus, gjennomsnittlig reiseavstand i meter til nærmeste henholdsvis 2000 innbyggere, 5000 innbyggere og nærmeste 20000 innbyggere²⁹. Alle målene er beregnet i forhold til landsgjennomsnittet.

I likhet med normerte kostnader per innbygger øker reiseavstandene når vi beveger oss fra Helse Sør-Øst via Helse Vest og nordover.

²⁹ De tre sistnevnte reiseavstandsmålene er basert på beregninger som ble foretatt for Borge-utvalget (NOU 2005:18). Avstandsmålene ble beregnet med utgangspunkt i grunnkretsene i hver kommune og måler gjennomsnittlig reiseavstand for alle innbyggerne i kommunen for å nå nærmeste x antall innbyggere. Se kapittel 11 i NOU 2005: 18 for nærmere beskrivelse av det såkalte strukturkriteriet.



Figur 8.4.3 Beregnede kostnader per innbygger til bilambulanse, samt gjennomsnittlig reisetid til nærmeste akuttssykehus, nærmeste 2000 innbyggere, 5000 innbyggere og 20000 innbyggere. Andel av landsgjennomsnittet.

8.4.4.2 Luftambulanse

Tabell 8.4.3 viser antall oppdrag per innbygger for luftambulansen (ambulansefly, legehelikopter og redningshelikopter) etter bostedsregion. Vi finner i store trekk det samme geografiske mønsteret for oppdrag som vi så for regnskapsførte kostnader til luftambulanse i figur 8.4.1. Det er store forskjeller mellom regionene i bruk av luftambulansetjenesten. Vi ser også at det er for bruk av ambulansefly bostedsregion Nord er særlig avvikende.

Tabell 8.4.3 Antall oppdrag per innbygger for luftambulansetjenesten. Totalt og fordelt på type fartøy. Etter pasientens bostedsregion. Gjennomsnitt 2005 og 2006.

Bostedsregion	Sum oppdrag	Ambulansefly	Legehelikopter	Redningshelikopter	Sum helikopter
Sør-Øst	11,3	2,0	9,2	0,1	9,3
Vest	24,4	7,6	16,2	0,6	16,8
Midt-Norge	46,0	23,0	20,2	2,8	23,0
Nord	143,9	117,4	19,7	6,7	26,5
Total	32,1	17,6	13,2	1,2	14,5

Kilde: Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS.

Oppdrag per innbygger på kommunenivå er analysert i forhold til følgende kjennetegn ved kommunene; alderssammensetning, reisetid/reiseavstander, befolkningstetthet, areal og kommunistørrelse. Sannsynligheten for å bruke luftambulanse heller enn bilambulanse er betinget av reiseavstand til sykehus. I og med at luftambulanse, i tillegg til avstand til lokalsykehus, er bestemt av reiseavstand til mer spesialisert funksjoner er det viktig å fange opp reiseavstander til ulike type sykehusstilbud. Vi har derfor inkludert fire variabler som fanger opp reisetid til sykehus; gjennomsnittlig reisetid til nærmeste henholdsvis lokalsykehus, "sentralsykehus", "regionsykehus"

samt gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner. Se vedlegg 9 for nærmere dokumentasjon av data på oppdrag, variabler og analyseresultater.

De inkluderte variablene forklarer nesten 80 pst. av variasjonen i antall oppdrag per innbygger mellom kommunene. Resultatene for aldersvariablene er betinget på inklusjon av de øvrige variablene. Aldersvariablene alene forklarer kun 7 pst. av variasjonen. Det er også signifikante effekter av andel bosatt tettbygde strøk, areal og kommunistørrelse. Også effekten av disse variablene er betinget på inklusjon av øvrige variabler.

Den viktigste forklaringsfaktoren for variasjoner i oppdrag per innbygger for luftambulansetjenesten er reisetid til sykehus. Alle reisetidsvariablene har forventet positiv effekt på oppdrag per innbygger for luftambulansetjenesten på kommunenivå. Selv om det er stor grad av korrelasjon mellom reisetidsvariablene, har altså alle selvstendig forklaringskraft.

Analyseresultatene gir i store trekk det samme mønsteret for predikerte kostnader som for historiske kostnader på regionnivå. Den største forskjellen er knyttet til Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Sør-Øst har betydelig lavere predikerte oppdrag per innbygger enn kostnader per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet. For Helse Vest er det motsatt. Dette kan trolig forklares med at finansieringen av luftambulansetjenesten er knyttet til lokalisering av basene og ikke pasientens regiontilknytning. Fordelingen av oppdrag på baser viser at 30 pst. av pasientene fra Helse Vest har hatt oppdrag fra baser lokalisert i Helse Sør-Øst. Også 13 pst. av pasientene fra Helse Midt-Norge har hatt oppdrag fra baser i Helse Sør-Øst. Dette bidrar til å trekke opp kostnadene til luftambulanse i Helse Sør-Øst, når vi bruker befolkningen bosatt i regionen som normeringsfaktor. Analysene tilsier imidlertid at de historiske høye kostnadene i Helse Nord lar seg forklare med forskjeller i reiseavstander.

8.4.4.3 Pasienttransport

For pasienttransport har utvalget foretatt analyser av kostnader per innbygger på helseforetaksnivå. Kostnader per innbygger på helseforetaksnivå er analysert i forhold til kjennetegn ved befolkningen i kommunene i opptaksområdet. Ikke alle helseforetak har ansvar for pasienttransport, og dataene er tilrettelagt slik at det er sammenfall mellom helseforetak og geografiske ansvarsområder. Datasettet omfatter kun 19 observasjoner. Analyseresultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. Data, variabler og analyseresultater er dokumentert i vedlegg 9.

Følgende kjennetegn ved befolkningen er analysert; alderssammensetning og reisetid/reiseavstander. Som for analysen av luftambulanse har vi inkludert fire variabler som fanger opp reisetid til sykehus; gjennomsnittlig reisetid til nærmeste "lokalsykehus", "sentralsykehus", "regionsykehus" samt gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner. De regionale helseforetakene har også finansieringsansvar for pasienttransport til primærlege. Gjennomsnittlig reisetid til kommunesentret for kommunene i opptaksområdet til helseforetaket er derfor også inkludert.

Resultatene for aldersvariablene er betinget på inklusjon av reisetidsvariablene. Alle reisetidsvariablene med unntak av reisetid til landsfunksjoner har forventet positiv effekt på kostnadene per innbygger til pasienttransport. Effekten for reisetid til

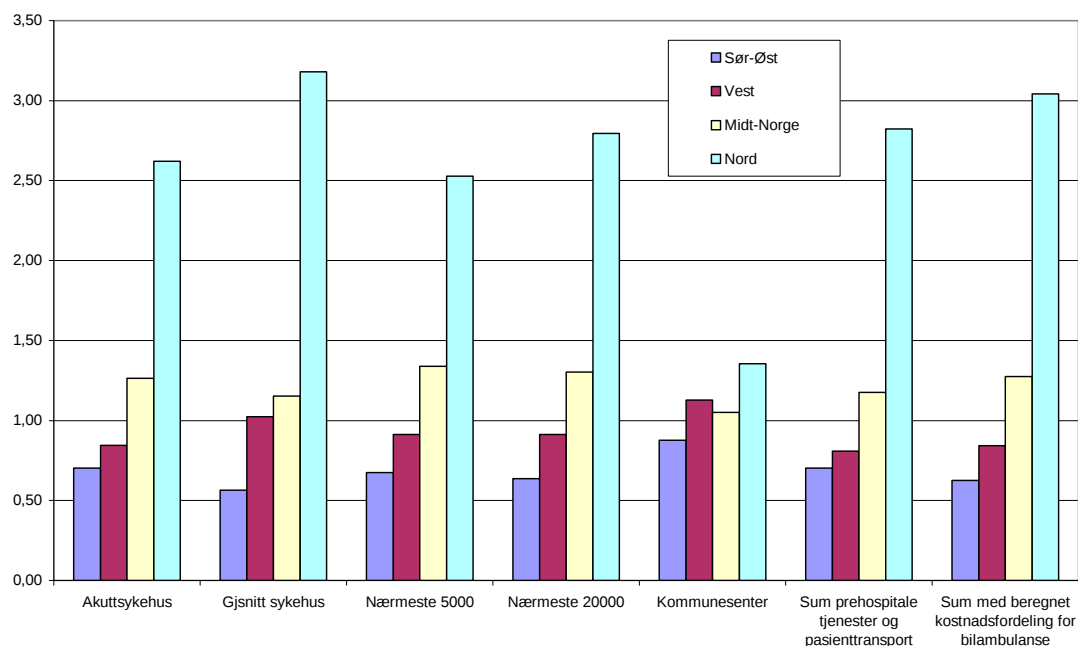
landsfunksjoner er dessuten ikke signifikant. Effekten av reisetid til sentralsykehus er heller ikke signifikant. Det er få observasjoner i datasettet og det er stor grad av korrelasjon mellom variablene som beskriver reisetid til sykehus. Enkeltvis forklarer de fire variablene i stor grad like mye av variasjonen i kostnadene per innbygger på helseforetaksnivå. Resultatene viser også en signifikant positiv effekt av reisetid til kommunesenteret.

I og med at vi har få observasjoner og det er stor grad av korrelasjon mellom variablene vil de predikerte regionale fordelingene være følsom for hvordan modellen spesifiseres. Men hovedkonklusjonen er at det historiske mønsteret, og da spesielt det særskilt høyere kostnadsnivået i Helse Nord kan knyttes til forskjeller i lokale betingelser.

8.4.5 Utvalgets vurdering og forslag til kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester

Funksjons- og oppgavefordeling innad og mellom regionene, samt fritt sykehusvalg, påvirker bruken av prehospitale tjenester og pasienttransport. Dette er en kompliserende faktor i forhold til vurdering av kostnadsbehov for prehospitale tjenester og pasienttransport. Endring av legevaktordninger i kommunene har også konsekvenser for de regionale helseforetakenes kostnader til transporttjenester. Analysene av prehospitale tjenester og pasienttransport som er utført 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 prehospitale tjenester og pasienttransport. For bilambulanse er dette vist gjennom sammenstilling av reiseavstandsvariabler og beregnede normkostnader på region nivå, mens det for luftambulanse og pasienttransport er vist gjennom regresjonsanalyser av henholdsvis oppdragsmengde på kommunenivå og kostnader på helseforetaksnivå.



Figur 8.4.4 Kostnader til prehospitaltjenester og pasienttransport per innbygger og ulike mål på gjennomsnittlige reiseavstander etter region. Målt relativt til landsgjennomsnittet.

Utvalget har benyttet ulike reiseavstandsvariabler som fanger opp ulike dimensjoner ved geografi, bosettingsmønster og sykehusstruktur. Det geografiske mønsteret for kostnadsforskjeller varierer mellom tjenestene. Kostnadsforskjellene er størst for luftambulanse og minst for bil- og båtambulanse. Betydningen av de ulike reiseavstandsvariablene med hensyn til å forklare kostnadsforskjeller varierer derfor mellom tjenestene. Figur 8.4.4 viser forskjeller mellom regionene for ulike reiseavstandsvariabler og samlede kostnader til prehospitaltjenester og pasienttransport.

De fleste av reisetidsvariablene som er vist har i store trekk samme regional fordeling som de samlede kostnadene, både når kostnadstallene som legges til grunn baseres på historiske kostnader og når normbaserte kostnader benyttes for bilambulansetjenesten. Hvilken variabel som best treffer kostnadsandelen på regionnivå varierer imidlertid mellom regionene, delvis basert på hvilke kostnadstall som legges til grunn.

Utvalget ser to hovedalternativer til forslag for hvordan prehospitaltjenester og pasienttransport tas inn i inntektssystemet. Det første hovedalternativet (I) er å legge til grunn de normbaserte modellberegningene for bil- og båtambulanse og å låse den relative fordelingen for luftambulanse og pasienttransport basert på historiske kostnader. Begrunnelsen for dette alternativet er todelt. For det første legges det til grunn samme kvalitetskrav til bilambulansetjenestene for alle deler av landet. For det andre vurderer utvalget at analysene av tilgjengelige data for luftambulanse og pasienttransport begrunner kostnadsforskjellene mellom regionene, men gir ustabile sammenhenger for enkeltvariabler og gir en komplisert kostnadsnøkkel samlet sett. Dette forslaget bygger på ulike tilnærminger for de ulike tjenestene og kan ha utilsiktede fordelingsvirkninger dersom de ulike transporttjenestene delvis er

substitutter. Normkostnader til bilambulanse kan overvurderes i områder med lange reiseavstander, dersom avstandene til riktig spesialisthelsetjenestetilbud er så lang at luftambulanse benyttes. Bruk av ambulansefly innebærer imidlertid bruk av bil til og fra flyplass. Hvordan tjenestene organiseres kan påvirke regnskapsførte kostnader for hver enkelt tjeneste.

Det andre hovedalternativet (II) er å ta utgangspunkt i en enklere tilnærming basert på sammenheng mellom reiseavstand og samlede kostnader for prehospitale tjenester og pasienttransport. Hovedalternativ II ivaretar hensynet til en kriteriebasert fordeling av inntektene.

I operasjonaliseringen av hovedalternativ II er ulike reisetidsvariabler og kombinasjoner av variabler er undersøkt. I vurderinger av ulike alternative utforminger av kostnadsnøkkelen har utvalget vektlagt at det ikke skal være for komplisert, dvs. ikke baseres på mange reisetidsvariable. Utvalget har landet på et alternativ som tar utgangspunkt i reisetid til nærmeste akuttssykehus, men som også inkluderer kvadrert verdi av variabelen. Dersom vi tar inn kvadratleddet av reisetidsvariabelen og gir denne en vekt på 15 pst., gir dette en fordeling i retning av et ”kompromiss” mellom dagens kostnadsfordeling og hovedalternativ I.

Beregnete kostnadsindekser basert på dagens fordeling, hovedalternativ I og hovedalternativ II er vist i tabell 8.4.4.

Tabell 8.4.4 Kostnadsfordeling prehospitale tjenester og pasienttransport. Kostnader per innbygger med dagens fordeling, hovedalternativ I og hovedalternativ II. Målt relativt til landsgjennomsnittet (=100).

	Dagens fordeling	Hovedalternativ I	Hovedalternativ II
Helse Sør-Øst	70	63	65
Helse Vest	81	84	80
Helse Midt-Norge	118	127	125
Helse Nord	282	304	301
Norge	100	100	100

Utvalget anbefaler hovedalternativ II og forslag til kostnadsnøkkel er vist i tabell 8.4.5.

Tabell 8.4.5 Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester og pasienttransport.

Kriterium	Vekt
Gjennomsnittlig reiseavstand til akuttssykehus	0,85
Gjennomsnittlig reiseavstand til akuttssykehus – kvadrert	0,15
Sum	1,00

Analysemuligheten for prehospitale tjenester og pasienttransport er begrenset av tilgjengelige data og analysemodeller. Utvalget anbefaler at kostnadsvektene for

prehospitale tjenester og pasienttransport oppdateres når bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenestene foreligger. Inntil videre, anbefaler utvalget at kriteriene nevnt i tabell 8.4.5 låses.

Utvalgets vurderinger er oppsummert i boks 8.4.

Boks 8.4 Vurdering av fordelingskriterier, prehospitale tjenester og pasienttransport	
Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Inngår i forslag til kostnadsnøkkel:	
<i>Gjennomsnittlig reisetid til akuttisyrkehus</i>	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste akuttisyrkehus, med kvadrert verdi. Utvalget vurderer at reisetid til sykehus er den viktigste kostnadsdriveren for ambulansetjenester og pasienttransport.
Inngår ikke i forslag til kostnadsnøkkel:	
<i>Andre variabler som er undersøkt</i>	Ulike reisetidsvariabler fanger sammen og enkeltvis i større eller mindre grad opp kostnadsvariasjoner mellom regionene avhengig av modellspesifikasjon. Også andre faktorer kan ha betydning. Utvalget vurderer at datagrunnlaget ikke gir grunnlag for robuste resultater for ulike variabler. Utvalget vektlegger en enkel modell og har valgt å ta utgangspunkt i reisetid til nærmeste akuttisyrkehus. Utvalget foreslår nye oppdaterte analyser av kostnadskriterier når nye data foreligger.

9. Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

9.1 Hvorfor kompensere for kostnadsforskjeller?

Utvalget har i kapittel 8 beskrevet sin behandling av problemstillinger knyttet til regionale variasjoner i *behov* for spesialisthelsetjenester. I dette kapitlet diskuterer utvalget i hvilken grad man også skal kompensere de regionale helseforetakene for forskjeller i *kostnadsnivå*. Det er store variasjoner mellom helseforetak både i kostnader per behandlet pasient, kostnader per liggedøgn og kostnader per DRG-poeng. Ifølge SAMDATA varierte kostnad per DRG-poeng ved somatiske akutt sykehus fra om lag 27.000 kroner (Sykehuset Telemark HF) til nær 44.000 kroner (Helse Finnmark HF) i 2006. Dette innebærer at kostnadsnivået ved det mest kostbare sykehuset ligger om lag 60 pst. over nivået ved det minst kostbare. Utvalget mener at disse forskjellene ikke alene kan forklares ut fra forskjeller i produktivitet.

Forskjeller i kostnadsnivå kan oppstå pga. strukturelle faktorer, regionale lønnsforskjeller³⁰, størrelse, rekrutteringsmuligheter, turnover, akuttberedskap osv. I tillegg har helseforetakene lovpålagte oppgaver ut over pasientbehandling som forskning, utdanning og pasientopplæring. Disse vil dels kreve egne ressurser, men vil også kunne påvirke kostnadene ved pasientbehandlingen. Dette gjør det vanskelig å vurdere kostnadene ved de ulike aktivitetene isolert fra hverandre.

Kostnadsforskjeller mellom helseforetak skal ikke nødvendigvis ha betydning for fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene. Dersom det imidlertid 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. Dette reiser to problemstillinger; for det første *hvilke faktorer* man ønsker å kompensere for, for det andre hvordan man skal beregne *hvor stor* denne kompensasjonen skal være. I sin tilnærming til dette har utvalget basert seg på tidligere norske analyser, men også gjennomført supplerende egne analyser.

9.2 Tidligere analyser

9.2.1 NOU 2003:1

Kittelsen, Piro og Magnussen (2002) gjennomførte på oppdrag fra Hagen-utvalget en analyse av sammenhengen mellom sykehusenes kostnader og *forskning, utdanning og reisetid*. I analysene estimeres en kostnadsfunksjon, hvor totale kostnader er en funksjon av aktivitetsnivået i seks ulike produktkategorier og hvor forskningsaktivitet, utdanningsaktivitet og reisetid inngår som "tilleggsvariable". Analysens styrke er at den baseres på et økonomisk teoretisk fundament, dens svakhet at resultatene påvirkes til dels kraftig av funksjonsform, estimeringsmetode og operasjonalisering av variable. Forfatterne konkluderer også selv med at analysen er velegnet til å si noe om

³⁰ Både grunnet ulike rekrutteringsmuligheter og grunnet ulik lønnspolitikk

retningen av de ulike variablene, men i mindre grad egnet til å si noe om størrelsen. Resultatene kan oppsummeres som følger:

- Forskningsaktivitet påvirker kostnadene, og kostnadene ved artikkelproduksjon er forskjellige fra kostnadene ved doktorgradsproduksjon.
- Verken medisinerstudenter eller studenter fra andre helsefag ga i disse analysene statistisk signifikante utslag på kostnadene.
- Turnuskandidater og assistentleger bidrar positivt til kostnadene.
- Reisetidsvariabelen ga ikke klare effekter på kostnadene.

I forslaget til kostnadsnøkler fra Hagen-utvalget skjer den eneste kompensasjon for kostnadsforskjeller gjennom inkludering av et reisetidskriterium som teller 4 pst. i kostnadsnøkkelen for somatikk. Det foretas ikke noen kompensasjon for forskjeller i kostnader ved produksjon av tjenester innen psykisk helsevern.

9.2.2 Regionale analyser

Flere regionale helseforetak har modeller for fordeling av sine inntekter som bygger på samme prinsipper som den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Som grunnlag for disse modellene er det gjort et omfattende analysearbeid, også med sikte på å forklare forskjeller i kostnader mellom helseforetakene (Hagen, 2004, Kaarbøe, 2005, Hagen, 2007, Kaarbøe, 2007). Felles for disse analysene er at de tar sitt utgangspunkt i gjennomsnittlige kostnader per DRG-poeng, og søker å forklare variasjoner i disse gjennom et sett variabler som dels fanger opp strukturelle forhold (akuttberedskap, størrelse), dels omfanget av andre aktiviteter (forskning og utdanning) og dels pasientsammensetning (langtidsliggere, poliklinikk). Gjennomgående finner man i disse analysene:

- Omfanget av forsknings og utdanningsaktivitet påvirker behandlingskostnadene i retning av høyere kostnad per DRG-poeng.
- Omfanget av akuttberedskap påvirker behandlingskostnadene i retning av høyere kostnad per DRG-poeng.
- Det gjenstår forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene som ikke fanges opp av analysene, men som antas å være et uttrykk for strukturelle forhold som ligger utenfor helseforetakenes egen kontroll.

I de regionale budsjettmodellene har man derfor i stor grad landet på en løsning hvor man baserer kompensasjon for kostnadsulempen dels på de empiriske analysene og dels på skjønn. Anvendelse av skjønn er knyttet til tre forhold: For det første i hvilken grad man justerer resultatene fra de empiriske analysene. For det andre i hvilken grad man i tillegg til den kostnadskompensasjonen som følger av de empiriske analysene legger på tilskudd til å dekke særskilte oppgaver eller strukturkostnader som man antar ikke fanges opp i modellen. For det tredje hvor stor andel av inntektene som fordeles ut fra kostnadsforskjeller, og hvor stor del som fordeles ut fra behovsanalyser.

9.3. Utvalgets analyser

9.3.1 Forhold som påvirker kostnadene

Utvalget har gjennomført analyser etter samme prinsipp som de regionale analysene beskrevet i kapittel 9.2.2. Analysene har vært avgrenset til somatisk sektor. Hensikten

har vært å avdekke eventuelle systematiske sammenhenger mellom gjennomsnittlig kostnadsnivå og faktorer som kan inkluderes i en inntektsfordelingsmodell. Analysene er ikke egnet til å avdekke kausalitet, det kan med andre ord ikke nødvendigvis slutes av disse at ”faktor X fører til høyere/lavere enhetskostnad”. Analysene gir imidlertid et bilde av i hvilken grad ulike faktorer systematisk samvarierer med kostnadsnivå. Analysene er basert på data over aktivitet og kostnader for perioden 2003 til 2005. For å unngå at tilfeldige svingninger i kostnadsnivå gir store utslag er det benyttet gjennomsnittstall for disse tre årene. Som mål på aktivitet har utvalget benyttet DRG-poeng etter samme prinsipp som i analysene av behov (se kapittel 8.1). I analysene inngår data fra 29 helseforetak. Det har dessverre ikke vært mulig å benytte data på sykehusnivå, en rekke helseforetak leverer ikke i dag regnskap på et så detaljert nivå.

Ideelt sett ville utvalget ha ønsket å gjøre separate analyser av kostnader knyttet til pasientbehandling, forskning og utdanning. Dette er ikke mulig, primært fordi vi ikke har et datagrunnlag som gjør at vi presist kan skille kostnadene ved de ulike aktivitetene fra hverandre. Det kan også diskuteres om det gir teoretisk mening å skille disse kostnadstypene; i mange tilfeller vil forskning, utdanning og pasientbehandling være tre produkter som springer ut av samme ressursinnsats. I sine analyser har utvalget likevel, så langt mulig, forsøkt å isolere kostnadene knyttet til pasientbehandling. Dette er gjort ved at tilskudd og inntekter til forskning og utdanning er holdt utenfor kostnadsbegrepet. Utvalget understreker imidlertid at det ikke er mulig å gjøre dette på en fullt ut tilfredsstillende måte med dagens datagrunnlag. I kapittel 10 gjengir utvalget resultatene av en analyse utført av NIFU STEP som beregner kostnader til forskning på regionalt nivå. Utvalget har imidlertid ikke hatt tilgang til tall på helseforetaksnivå.

Følgende faktorer ble i analysene inkludert som mulig forklaring på observerte kostnadsforskjeller:

Størrelse. Det er en omfattende, om enn ikke konkluderende litteratur rundt mulighetene for stordriftsfordeler i sykehus. De fleste diskusjoner har vært knyttet til det ”optimale sengetallet”, med andre ord har størrelsesbegrepet vært relatert til antall senger. Etter hvert som omfanget av poliklinikk og dagbehandling øker er dette mindre relevant. Et annet problem knyttet til skaladiskusjonen er forholdet mellom størrelse og aktivitetsbredde. Formelt vurderes stordriftsfordeler under forutsetning av at aktivitetssammensetningen er den samme uavhengig av størrelse. Det betyr at kostnadsnivået kan være forskjellig for to ”like store” sykehus, dersom aktivitetssammensetningen er forskjellig. I et sykehus med stort innslag av utstyrskrevenende behandling vil vi f.eks. vente at det er større rom for stordriftsfordeler (bedre utnytting av utstyr) enn i sykehus hvor pasientbehandlingen er mer arbeidsintensiv. Endelig er det også viktig (om enn ikke utbredt) å skille mellom stordriftsfordeler på kort og lang sikt. På kort sikt vil kapitalbeholdningen være mer eller mindre gitt, og det betyr at sykehusene ved økt aktivitet vil kunne oppleve at marginalkostnadene er høyere enn de vil være etter at man har foretatt en langsiktig tilpasning av kapitalen.

Utvalget vil påpeke at *størrelse* ikke bare har betydning gjennom mulige stordriftsfordeler, men også kan virke gjennom smådriftsulempen. Slike ulemper kan være knyttet til store faste kostnader ved beredskap, til rekrutteringsproblemer og tilhørende kostnader ved høy turnover og/eller vikarutgifter, høye kapitalkostnader

etc. Det har vist seg vanskelig å avdekke systematiske smådriftsulemper gjennom denne typen analyser som her er foretatt. Manglende data på sykehusnivå gjør, f.eks., at vi ikke klarer å identifisere de små sykehusene i analysene. At man gjennom analyser på et materiale bestående av helseforetak ikke klarer å fange opp smådriftsulemper innebærer imidlertid ikke at slike ikke er tilstede. Utvalget kommer tilbake til dette i kapittel 9.3.2.

I mandatet heter det at utvalget skal ta hensyn til ”strukturelle forhold som for eksempel bosettingsmønster og reisetid”. Lang reisetid og spredt bosettingsmønster vil kunne gi høyere kostnader fordi; i) det er nødvendig med en mer spredt akuttberedskap, ii) det vil være mer bruk av innleggelse enn dagbehandling, iii) en desentralisert sykehusstruktur gir høyere faste kostnader per pasient, iv) lang reisetid øker terskelen for kontakt med spesialisthelsetjenesten og kan gi mer ressurskrevende pasienter. Lang reisetid og spredt bosettingsmønster vil selvsagt også påvirke kostnadene knyttet til økt behov for pasient- og syketransport. Dette behandler utvalget for seg i kapittel 8.1.4.

I utvalgets analyser er *reisetid* målt som gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum i kommunene i helseforetaksområdet til nærmeste akutt sykehus. Det inkluderes også et mål på *bosettingsmønster*, målt som befolkning i helseforetaksområdet per arealenhet. Endelig har utvalget i sine analyser forsøkt flere måter å fange opp kostnader ved akuttberedskap: Både antall *akutt sykehus per helseforetak*, antall *akutt sykehus per DRG-poeng* og antall *akutt sykehus per innbygger i helseforetaksområdet* er i analysene benyttet som et mål på akuttberedskap.

I tråd med tidligere analyser har også utvalget inkludert variabler som skal fange opp *forsknings- og utdanningsaktiviteten*. Forskningsaktivitet måles om *antall forskningspoeng*, der forskningspoeng beskrives ved summen av to komponenter: Antall artikler i vitenskapelige publikasjoner (multiplisert med en (veid) ”impact-factor”) og antall doktorgrader. Tallmaterialet er det samme som benyttes i fordeling mellom staten og regionale helseforetak. Forskningsaktiviteten normeres mot antall DRG-poeng. Utdanningsaktiviteten er fanget opp gjennom antall *assistentleger* og antall *turnuskandidater*, og i ett alternativ som summen av disse. Det har dessverre ikke vært mulig å finne data over praksisutplassering for høyskole- og universitetskandidater på helseforetaksnivå. Utdanningsaktiviteten normeres mot antall DRG-poeng.

Både forskning og utdanning er lovpålagte oppgaver. Forskningen finansieres dels gjennom basisbevilgningen, dels gjennom eksterne inntekter og dels gjennom øremerkede tilskudd. Utdanningsaktiviteten finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgningen med unntak av et mindre tilskudd til turnuskandidater. Utvalget vurderer at disse aktivitetene kan gi opphav til to typer kostnader. For det første vil det være en direkte ressursbruk knyttet til gjennomføringen av selve utdannings- og forskningsaktiviteten. For det andre vil disse aktivitetene kunne påvirke behandlingskostnadene. Utvalget diskuterer finansiering, omfang og fordeling av forskning og utdanning nærmere i kapittel 10. I denne sammenhengen er problemstillingen om, og ev. i hvilken grad, disse aktivitetene påvirker kostnadene til pasientbehandling.

Utvalgets analyser er oppsummert i tabell 9.1.

Tabell 9.1 Faktorer som påvirker kostnadsnivået i utvalgets analyser.

Variabel	Effekt på kostnadsnivå	Signifikant	Kommentar
Størrelse	Faller med størrelse	Av og til	Kostnadsnivået faller i noen analyser med økt størrelse, men effekten er avhengig av hvorvidt størrelse måles som aktivitet eller årsverk.
Reisetid	Øker med avstand	Ja	Kostnadsnivået øker med økt reisetid. Effekten er stabil og uavhengig av hvilke valg som ellers gjøres i modellene.
Akuttberedskap	Øker med omfang	Av og til	Kostnadsnivået øker med økt akuttberedskap, men effekten avhenger av hvorvidt akuttberedskap måles om antall akuttsykehus, antall akuttsykehus per DRG, antall akuttsykehus per innbygger, eller også gjennom bosettingsmønster. Den er heller ikke stabilt signifikant.
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.
Utdanning	Øker med omfang	Av og til	Kostnadsnivået øker med økt utdanningsaktivitet, men effekten er ustabil og til dels avhengig av hvorvidt utdanningsaktiviteten måles relativt til pasientbehandling eller relativt til antall årsverk.
Befolkningstetthet	Negativ	Nei	Kostnadsnivået faller med økt befolkningstetthet, men denne variabelen er klart ikke-signifikant – uavhengig av hvordan den måles.

Reisetid er den variabel som systematisk og uavhengig av hvordan de andre variablene måles samvarierer med helseforetakenes enhetskostnader. Utvalget vil anta at man gjennom denne variabelen fanger opp kostnadsulemper som bl.a. kan knyttes til en desentralisert akuttberedskap.

Forskningsaktivitet per DRG-poeng, altså forskningens relative andel av den samlede aktiviteten³¹ samvarierer også med helseforetakenes enhetskostnader. Dette resultatet er også uavhengig av hvordan forskningsandelen måles, men ikke uavhengig av hvilke helseforetak som inngår i analysen. Fordelingen av forskningspoeng mellom helseforetakene er svært skjev. De fem helseforetakene med høyest aktivitet står for 83 pst. av samlet antall forskningspoeng i vårt materiale, og Rikshospitalet/Radiumhospitalet alene står for nær 40 pst.

Utvalget gjengir i kapittel 10 hovedresultatene fra en kartlegging NIFU STEP har gjort av kostnader til forskning i de regionale helseforetakene. Denne kartleggingen viser at nær 2/3 av kostnadene påløper i Helse Sør-Øst. For øvrig viser kartleggingen at den regionale fordeling av kostnader til forskning i all hovedsak følger den regionale fordeling av forskningspoeng. Samtidig viser kartleggingen at de regionale helseforetakene, og særlig Helse Sør-Øst dekker en stor andel av de direkte

³¹ Dette er litt upresist fordi vi her ikke korrejerer for omfang utdanning.

kostnadene knyttet til forskning selv. Det er derfor ikke usannsynlig at den positive sammenhengen mellom forskningsaktivitet og kostnadsnivå reflekterer at det kostnadsbegrepet som er benyttet i analysene inneholder deler av de direkte kostnadene knyttet til forskning.

Utdanningsaktivitet per DRG poeng, altså utdanningens relative andel av den samlede aktiviteten³² synes også å samvarierte med helseforetakenes enhetskostnader. Dette resultatet er i analysene noe mer avhengig av hvordan vi måler utdanningsaktiviteten. Det er i hovedsak antall turnuskandidater per DRG-poeng som i analysene gir høyere kostnader. Videre er denne variabelen ikke statistisk signifikant dersom man måler utdanningsaktivitet som andel assistentleger og turnuskandidater i forhold til samlet antall leger eller også i forhold til samlet antall årsverk.

Utvalget har ikke oversikt over utdanningsaktiviteten i de enkelte helseforetakene. Som det framgår av oversikten i kapittel 10.2.1 er imidlertid utdanningsbelastningen klart høyere i Helse Nord og Helse Midt-Norge enn i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Det er ikke mulig for utvalget å si om effekten av utdanningsvariabelen skyldes at det er en underfinansiering av de direkte utdanningskostnadene eller om utdanningsaktiviteten medfører høyere behandlingskostnader.

9.3.2 Utvalgets vurderinger

9.3.2.1 Hva utvalget vil kompensere for

Utvalget finner det godt dokumentert at sykehusenes kostnadsnivå påvirkes av reisetid til sykehus. Utvalget vil også påpeke at reisetid, under dagens rammebetingelser, er en variabel helseforetakene bare i noen grad kan påvirke, og vil derfor anbefale at helseforetakene kompenseres for kostnadsulempen knyttet til lang reisetid.

Utvalget finner det også godt dokumentert at helseforetakenes kostnadsnivå øker med økende forskningsaktivitet. Utvalget er usikre på i hvilken grad de beregnede effektene av forskning faktisk skyldes økte behandlingskostnader og i hvilken grad de skyldes at forskningsaktiviteten ikke er fullfinansiert. Utvalget henviser til diskusjonen av finansiering av forskning i kapittel 10, og men anbefaler også her at det gis en kompensasjon for antatte kostnadsulempen ved pasientbehandlingen som kan knyttes til forskning.

Tilsvarende finner utvalget det også dokumentert at helseforetakenes kostnadsnivå øker med økt omfang av utdanning. For finansiering av de direkte kostnadene knyttet til utdanning henviser utvalget til kapittel 10. På bakgrunn av de analysene som utvalget har gjennomført anbefaler utvalget imidlertid at det kompenseres for kostnadsulempen knyttet til utdanning.

9.3.2.2 Hvilke tjenestetyper skal gjøres gjenstand for kostnadskompensasjon

Utvalget vil peke på at de analyser som er utført er avgrenset til analyser av kostnadsforskjeller for somatiske spesialisthelsetjenester. Utvalget har i kapittel 8 analysert behov for fire tjenestetyper, og vil i kapittel 10 nærmere diskutere finansiering av utdanningsaktiviteten og forskningsaktiviteten. Spørsmålet her blir

³² Som fotnoten over, men her ikke korrigert for forskning.

hvorvidt de analyser som er utført av forskjeller kostnader knyttet til somatiske tjenester uten videre kan/bør anvendes på de andre tjenesteområdene.

Det eksisterer i dag ikke data som gjør det mulig å gjennomføre tilsvarende analyser av behandlingskostnader for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvalget vurderer imidlertid at både faktorene reisetid (akuttberedskap), forskning og utdanning vil måtte antas å påvirke kostnadene ved pasientbehandling innen psykisk helsevern i samme retning som for somatisk sektor. Utvalget mener derfor at de kostnadsforskjellene som avdekkes for somatiske tjenester også må antas å være til stede innen psykisk helsevern. Når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling er utvalget mer i tvil i hvilken grad det kan dokumenteres kostnadsulempen knyttet til forholdene akuttberedskap, forskning og utdanning. Utvalget velger likevel å anvende kostnadsindeksen også på tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kostnadsnøkkelene for prehospitale tjenester, slik den er beskrevet i kapittel 8.1.5 inneholder allerede en kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå.

9.3.2.3 Størrelsen på kompensasjonen

Utvalget har diskutert ulike tilnærminger til fastsettelse av størrelsen på kostnadskompensasjonen. Et første alternativ er å basere forslaget på resultatene av den gjennomførte regresjonsanalysen. Dette innebærer at man kompenserer for de kostnadsulempen som følger av estimatene for reisetid, forskning og utdanning. Et andre alternativ vil være å beregne en kostnadsindeks som dels baseres på resultatene fra kostnadsanalysene, men som også åpner for en skjønnsmessig justering av forhold hvor utvalget er usikre på resultatene fra analysene. Dette vil i stor grad være likt de prosessene som har vært gjennomført i de regionale inntektsfordelingsmodellene. Et tredje alternativ vil være å se helt bort fra regresjonsmodellene, og fastsette en kostnadsindeks kun basert på skjønnsmessige vurderinger. En slik indeks kan f.eks. være et vektet gjennomsnitt mellom faktiske kostnader og de gjennomsnittlige kostnadsnivået i sektoren. Endelig kan et alternativ være å ta ut et beløp/andel fra den samlede rammen og fordele mellom de regionale helseforetakene etter en skjønnsmessig vurdering.

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 fanger opp ulemper knyttet til rekrutteringsproblemer, turnover og vikarkostnader. Utvalget viser til at flere andre land benytter reisetid som en kostnadskorrigerende faktor i sine inntektsfordelingsmodeller³³, og anbefaler at det i inntektsfordelingsmodellen tas høyde for reisetid slik de gjennomførte analysene viser.

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. Dersom utvalget anvender disse resultatene til å korrigere kostnadsindeksen vil dette i hovedsak komme Helse Midt Norge og Helse Nord til gode. Dette er i tråd med de regionale forskjeller i utdanningsbelastning som framgår av kapittel 10.2.1. Utvalget har imidlertid merket seg at størrelsen på de

³³ Se f.eks. systemet i Danmark i kapittel 5.3 og Skottland i kapittel 5.4.2.

beregnete effektene av utdanning, og deres signifikans avhenger av hvordan utdanningsvariabelen måles. Uvalget velger derfor ikke å basere seg på regresjonsanalysene, men å foreta en skjønsmessig vurdering av kompensasjon for kostnader knyttet til utdanning.

Utvalget er usikre 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. Dersom utvalget anvender resultatene fra regresjonsanalysene til å korrigere de regionale helseforetakenes kostnadsindeks vil dette i stor grad tilgodese Helse Sør-Øst og Helse Vest. Dette er i tråd med det forholdet mellom kostnader og inntekter til forskning som er beskrevet i kapittel 10. Det er imidlertid usikkert om man da korrigerer for kostnader knyttet til en høy forskningsaktivitet, snarere enn merkostnader i pasientbehandlingen pga. forskningsaktivitet, jf. diskusjonen i kapittel 10. Utvalget velger likevel å foreta en skjønsmessig vurdering av kompensasjon for kostnader snarere enn å basere seg på resultatene fra de gjennomførte regresjonsanalysene. Dette er dels begrunnet i usikkerhet knyttet til resultatene fra de statistiske analysene, dels begrunnet med usikkerhet om hvorvidt disse kostnadene er knyttet til kostnader ved pasientbehandling eller er merkostnader ved forskning.

Utvalget vurderer at man gjennom å kompensere helseforetakene for de merkostnader som knyttes til reisetid, slik dette framkommer fra regresjonsanalysene, delvis vil fange opp ulemper knyttet til en desentralisert sykehusstruktur. Dersom det kun kompenseres for reisetid vil man imidlertid ikke fange opp det som må antas å være merkostnader knyttet til forskning og undervisning i, særlig, de store sykehusene. Utvalget anbefaler derfor også at man tar høyde for faktiske forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene. På den måten vil man også kunne fange opp kostnadsulemper knyttet til forskning og utdanning. Hvilken vekt som legges på kostnadsnivå, kun tatt høyde for reisetid, og faktiske kostnader vil være en vurdering som baseres på noe skjønn. Utvalget har valgt å anbefale en felles kostnadsindeks som skal anvendes på både somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Denne beregnes med 55 pst. vekt på kostnadsnivået korrigert for reisetid og 45 pst. vekt på historiske kostnader.

Tabell 9.2 Alternative regionale kostnadsindekser.

	Historiske kostnader ³⁴	Korrigert for Reisetid	Anbefalt indeks
Helse Sør-Øst	0,987	0,984	0,985
Helse Vest	0,956	0,995	0,980
Helse Midt-Norge	1,024	1,019	1,020
Helse Nord	1,121	1,074	1,095

³⁴ Basert på et gjennomsnitt for 2003 til 2005. Tallene er avrundet til nærmeste halve prosent. Korrigert for langtidsliggedager og tilskudd til forskning. Tallene vil av denne grunn ikke være direkte sammenlignbare med f.eks. SAMDATA

Utvalgets forslag til kostnadsindeks er presentert i tabell 9.2. For å utjevne tilfeldige variasjoner er indeksen basert på et gjennomsnitt for årene 2003 til 2005³⁵. Tallene er også avrundet i halve prosentpoeng. Utvalget anbefaler at kostnadsindeksen 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 sitt forslag i kapittel 11, hvor kostnadskompensasjonen foreslås basert på hele (det forventede) aktivitetsnivået, ikke bare den delen som finansieres gjennom rammen.

Utvalget konstaterer at det med dagens datagrunnlag, og innen den tidsramme utvalget har hatt til rådighet, ikke har vært mulig systematisk å avdekke alle årsaker til variasjoner i kostnadsnivå mellom helseforetakene. Utvalget anbefaler derfor at det initieres et oppfølgende arbeid med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere disse forholdene nærmere. Et slikt arbeid bør i stor grad involvere de regionale helseforetakene.

9.4 Nærmere om stordriftsfordeler ved sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør

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

9.4.1 Utvalgets forståelse av stordriftsfordeler

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 imidlertid 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.

Det er en omfattende litteratur som studerer effekten av sammenslåing av sykehus (hospital mergers). I analysene blir effekter av sammenslåinger dels betraktet som en følge av at man utnytter stordriftsfordeler, dels at man reduserer ulemper ved å ha stor aktivitetsbredde. De fleste av disse analysene er imidlertid amerikanske, og beskriver dermed en tilpasning innen et system som har andre konkurranse- og finansieringsforhold enn det norske. De vil derfor ha begrenset relevans for en vurdering av norske forhold.

Den amerikanske litteraturen (se f.eks. Town mfl., 2006) fokuserer primært på effekten av sammenslåinger på den prisen forsikringsselskapene må betale for behandling av inneliggende pasienter. Det er dermed effekt av sammenslåinger på konkurranseforhold og eventuell utnyttelse av markedsrett som er av primær interesse. I mindre grad fokuseres det på de produksjonstekniske forholdene knyttet til skala og bredde. Litteraturen er ikke entydig, men trekker i retning av at sammenslåinger gir økte priser. Dette kan forklares gjennom økt markedsrett, og sterkere forhandlingsstyrke for sykehusene etter sammenslåing. Resultatet er ikke

³⁵ Tall for 2006 foreligger, men utvalget velger å benytte samme tidsperiode som datagrunnlaget for de empiriske analysene.

umiddelbart overførbart til norske forhold, men det er likevel verdt å merke seg at store sykehus i Norge også vil kunne utnytte markedsrett i en situasjon hvor man ønsker å stimulere til konkurranse gjennom f.eks. fritt sykehusvalg.

Det er mangel på tilsvarende analyser innen skattebaserte systemer. Utvalget er kjent med én norsk analyse (Kjekshus og Hagen, 2007) som analyserer konsekvensene av sykehussammenslåinger for målt effektivitet. Analysen dekker perioden 1992-2000 og omfatter 17 sammenslåtte sykehus. Her finner forfatterne ingen generelle effekter av sammenslåing, men at store sammenslåinger som etterfølges av endringer i organiseringen av akuttberedskap kan ha positiv effekt.

9.4.2 Sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør

Regjeringens bakgrunn for å slå sammen Helse Øst og Helse Sør er omtalt i St.prp. nr. 44 (2006-2007). Her heter det bl.a. ”Det er identifisert betydelig gevinstpotensial på ulike områder – både faglig og økonomisk.”

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 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”. Før man kan ta stilling hvor stort potensial som her ligger må det imidlertid presiseres hva som menes med bedre koordinering. Utvalget kan ikke utelukke at det vil kunne være økonomiske gevinster å hente ved en annen organisering av sykehus tilbudet 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 forsøke å hente inn denne type informasjon.

9.4.3 Utvalgets vurderinger

I sitt forslag til inntektsfordelingsmodell baserer utvalget seg på en kombinasjon av beregnet relativt behov og anslått relativt kostnadsnivå. De behovsnøkler som er beskrevet i kapittel 8 er basert på kjennetegn ved befolkningen, og påvirkes ikke av sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør. Som det framgår av kapittel 9.3 foreslår utvalget en kostnadsindeks som baserer seg på 45 pst. på historiske kostnader og 55 pst. på kostnader kun justert for ulemper knyttet til reisetid til sykehus. Når utvalget i kapittel 9.3 foreslår å låse kostnadsindeksen innebærer dette at regionale helseforetak vil beholde eventuelle effektiviseringsgevinster selv.

10. Forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre

10.1 Forskning

Forskning og utdanning er lovpålagte oppgaver, hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven. Utvalget viser til mandatet der en er bedt om å ta hensyn til utdanning og forskning ved vurdering av fordelingsmekanismene. Utvalget er videre bedt om å ha kontakt med universitets- og høyskolesektoren under arbeidet.

Utvalgsleder Jon Magnussen har i brev av 23. oktober 2007 (vedlagt) til dekanene ved de medisinske fakulteter ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, NTNU og Universitetet i Tromsø bedt om innspill til utvalgets arbeid vedrørende fordeling av midler til utdanning og forskning. Likelydende brev er også sendt til Universitets- og høyskolerådet. Svar fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo av 14. november 2007 og Universitets- og høyskolerådet av 7. desember 2007 er vedlagt. Utvalgsleder har også hatt muntlig kontakt med enkelte av de medisinske fakultetene og Universitets- og høyskolerådet.

For å understøtte oppfølgingen av de pålagte oppgavene forskning og utdanning var det allerede før foretaksreformen et eget tilskudd delvis beregnet på disse områdene; regionsykehusstilskuddet. Imidlertid har det også vært lagt til grunn at basisfinansieringen av de regionale helseforetakene skulle dekke deler av kostnadene forbundet med ansvaret for bl.a. forsknings- og utdanningsvirksomhet.

Forskning i de regionale helseforetakene finansieres via forskjellige kilder. Det er tre hovedtyper; bruk av helseforetakenes egne midler, delvis resultatbasert øremerket tilskudd over statsbudsjettet og eksterne kilder (dvs. midler fra Norges forskningsråd, legemiddelindustri, frivillige organisasjoner, EU osv.).

Hagen-utvalget (NOU 2003:1) foreslo at de øremerkede forskningsmidlene skulle fordeles som en del av basisrammen i form av et fast tilskudd fordelt likt mellom de regionale helseforetakene og et aktivitetsbasert tilskudd basert på forskningsresultater i form av antall doktorgrader og publikasjonspoeng. Departementet fulgte opp dette i St.meld. nr. 5 (2003-2004), men satte den aktivitetsbaserte andelen til 60 pst., som var lavere enn forslaget fra Hagen-utvalget. Fra 2004 ble det tidligere regionsykehusstilskuddet omgjort til et tilskudd for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre. I den forbindelse ble om lag 55 pst. av det tidligere regionsykehusstilskuddet overflyttet til andre poster i budsjettet, jf. omtale i kapittel 4.3 og 4.4. Tilskudd til utdanning skulle kompensere for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske virksomheten. Fra 2006 ble tilskudd til utdanning overført til regionale helseforetaks basisbevilgning, slik at tilskuddet nå heter Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre (statsbudsjettets kap. 732 post 78).

10.1.1 De regionale helseforetakenes bruk av ressurser til forskning

NIFU STEP har fra 2007 fått i oppdrag å måle ressursbruk til forskning i helseforetakene. Systemet er under utvikling, og skal samordnes med det nasjonale målesystemet for ressursbruk til forskning og utvikling i universitets- og

høyskolesektoren. Det er gråsoner i måling av ressursbruk mellom helseforetakene og universitetene, som ikke er tilstrekkelig kartlagt. Det understrekes derfor at tallene er usikre.

Utvalget har fra NIFU STEP fått tilgang til anslag over de regionale helseforetakenes ressursbruk knyttet til forskning i 2006 (Wiig, 2007). Disse kostnadene skal dekke:

- Forskning som utføres i helseforetakene, og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper.
- Anslag for ressursbruk som belastes helseforetakene (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning, dvs. der forskeren er lønnet av andre enn foretaket. Her er kun ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tatt med.

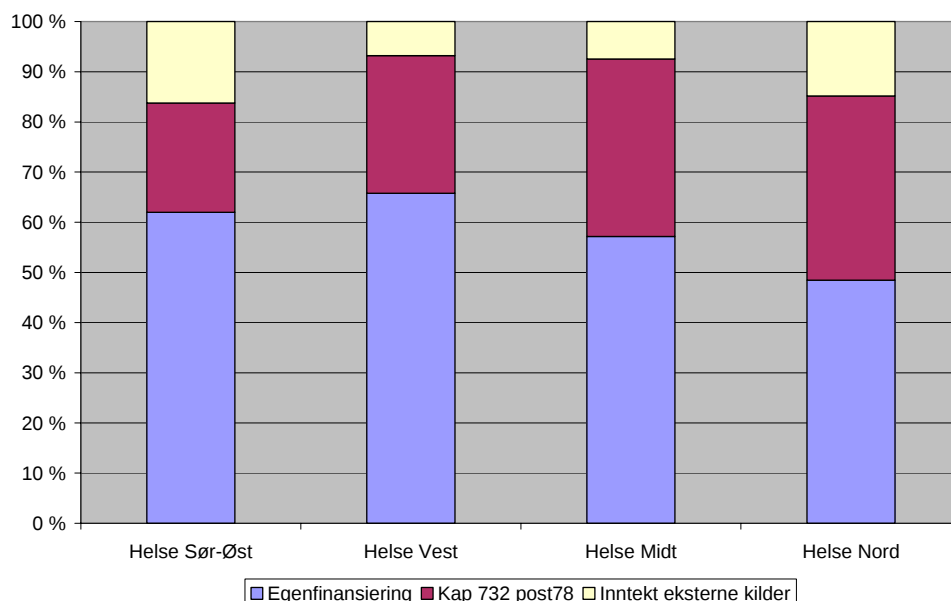
Samlet ressursbruk kostnadsført i de regionale helseforetakene er i 2006 anslått til 1544 mill. kroner, hvorav 26 pst. finansieres gjennom bevilgningen til forskning over statsbudsjettets kap. 732 post 78. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har en høyere andel av tildelt tilskudd enn deres andel av forskningen. Dette er i tråd med intensjonene i finansiering av forskning, hvor alle regionale helseforetak gis et flatt tilskudd, uavhengig av aktivitet. Dette tilskuddet utgjør 40 pst. av samlet bevilgning. Helse Sør-Øst har nær 2/3 av de samlede kostnader til forskning, og den samme andelen av forskningspoeng.

Tabell 10.1 Kostnader og inntekter ved forskning per regionale helseforetak. Mill. kroner.

	Sum kostnader (anslag)	Inntekt kap. 732 post 78	Inntekt eksterne kilder	Andel av samlede kostnader	Andel av forskningspoeng (2004-2006)
Helse Sør-Øst	960	209	156	62 %	62 %
Helse Vest	295	81	20	19 %	22 %
Helse Midt	161	57	12	10 %	9 %
Helse Nord	128	47	19	8 %	7 %
Sum	1544	394	207	100 %	100 %

Kilde: NIFU-STEP og St.prp. nr. 1 (2005-2006).

Anslagene for eksterne forskningsmidler er noe mer usikre enn resten av tallene, men de indikerer at om lag tre firedeler av disse midlene går til Helse Sør-Øst. Målt som andel av samlede kostnader til forskning har imidlertid også Helse Nord en relativt høyere andel eksterntfinansiering enn hva tilfellet er for Helse Vest og Helse Midt Norge (figur 10.1). Helse Sør-Øst og Helse Vest er de to foretakene som via sin basisbevilgning selv dekker størst andel av samlede kostnader til forskning.



Figur 10.1. Andel kostnader til forskning etter inntektskilde. 2006.

Kilde: NIFU-STEP

10.1.2 Utvalgets vurderinger

Dagens øremerkede 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 (et glidende gjennomsnitt av de siste tre år). Utvalget ser ikke behov for å foreslå endringer i denne modellen. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst gir imidlertid utfordringer i forhold til fordelingen av basistilskuddet. Dette var for 2008 på 34 mill. kroner per regionalt helseforetak. Når antall regionale helseforetak nå er redusert fra fem til fire skulle samme prinsipp tilsi en bevilgning på 42,5 mill. kroner til hvert regionalt helseforetak. Dette vil i så fall medføre en omfordeling av om lag 25,5 mill. kroner fra Helse Sør-Øst til de tre andre regionale helseforetakene. I forhold til det samlede forskningstilskuddet i 2008 vil dette bety en reduksjon i tilskudd til Helse Sør-Øst på drøye 11 pst.

Utvalget ser at en slik omfordeling vil kunne oppfattes som urettferdig sett fra Helse Sør-Øst sitt ståsted. Samtidig vil utvalget påpeke at dagens modell med et flatt tilskudd til regionale helseforetak nettopp hadde som sin begrunnelse at dette var et tilskudd som skulle fordeles likt uavhengig av størrelse og aktivitet. Det vil kunne være geografiske variasjoner i mulighetene til å tiltrekke seg eksterne forskningsmidler, og et flatt tilskudd vil derfor være et viktig bidrag til å sette alle de regionale helseforetakene i stand til å bygge levedyktige forskningsmiljø. Det er derfor etter utvalgets oppfatning ikke naturlig å videreføre de tidligere tilskuddene til Helse Øst og Helse Sør uavkortet til Helse Sør-Øst. Samtidig vil utvalget peke på at Hagen-utvalget i NOU 2003:1 anbefalte en deling mellom basis- og aktivitetsbasert tilskudd på 25/75. Dagens finansiering tilsier en deling på 40/60. Utvalget foreslår derfor følgende:

- Andelen basistilskudd av samlede forskningstilskudd reduseres fra 40 pst. til 30 pst.
- Basistilskuddet fordeles flatt til de fire regionale helseforetakene.

Tabell 10.2 viser omfordelingseffekter basert på forslaget til bevilgning presentert i St.prp. nr. 1 (2007-2008).

Tabell 10.2 Overgang fra 60 pst. til 70 pst. aktivitetsbasert forskning (mill. kroner).

	St.prp. nr. 1 (2007-2008)			Utvalgets forslag				
	Basis	Aktivitet	Sum	Basis	Aktivitet	Sum	+ /-	%
Helse Sør-Øst	68,2	158	226,2	32	184,3	216,3	-9,9	-4,4 %
Helse Vest	34,1	56,8	90,9	32	66,2	98,2	7,3	8,1 %
Helse Midt-Norge	34,1	24	58,1	32	28	60	1,9	3,3 %
Helse Nord	34,1	16,9	51	32	19,7	51,7	0,7	1,4 %
SUM	170,5	255,7	426,2	128	298,2	426,2	0,0	

Når utvalget foreslår en fordeling mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering på 70/30 er dette i hovedsak motivert ut fra å gjøre endringen så inntektsnøytral som mulig. Utvalgets forslag vil gi en mindre reduksjon i bevilgningen til Helse Sør-Øst. Samtidig vil utvalget påpeke at en aktivitetsbasert modell historisk sett har være gunstigere for Helse Sør-Øst enn for de andre regionale helseforetakene. Med det forslaget som her foreligger, opprettholdes basisfinansieringen til de tre andre regionale helseforetakene på om lag uendret nivå.

Utvalget har valgt å ikke vurdere størrelsen på tilskuddet til forskning over kap. 732 post 78. Samtidig ser utvalget at forskjeller i kostnadsdekning mellom de regionale helseforetakene klart går i disfavør av Helse Sør-Øst. Ifølge tallene fra NIFU STEP har Helse Sør-Øst i 2006 en egenfinansiering av forskning fra basisbevilgningen som tilsvarer nær 600 mill. kroner. Utvalget vil peke på at det er et ansvar for de regionale helseforetakene å tilpasse sin forskningsaktivitet til de økonomiske rammebetingelsene, som det også er tilfelle med nivået på pasientbehandling. Samtidig vil utvalget påpeke at det er ønskelig å opprettholde sterke medisinskfaglige forskningsmiljø, og at det er et faktum at de forskningstunge helseforetakene i dag må finansiere deler av forskningen fra en rammebevilgning hvor fordelingen ikke reflekterer fordelingen av forskningsaktivitet. Dette forholdet fanges ikke opp i den foreslåtte modellen for inntektsfordeling som utvalget presenterer i kapittel 11. Utvalget ber derfor om at departementet særskilt vurderer omfanget av medisinsk-faglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling. En slik utredning bør også inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten.

10.2 Utdanning

Helseforetakene har utdanning av helsepersonell som en av sine lovpålagte hovedoppgaver. Utdanning av helsepersonell er samtidig et strategisk virkemiddel i de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar. Utvalget har valgt å skille mellom helseforetakenes rolle som arena for grunnutdanningen, og deres rolle som arena for kompetanseutvikling av egne ansatte i form av videre- og etterutdanning. Under dagens finansieringsmodell finansierer helseforetakene sin utdanningsaktivitet gjennom basisbevilgningen. I tillegg dekkes noen kostnader gjennom tilskudd til turnuskandidater (25.000 kroner per kandidat).

Fram til 2006 skulle deler av tilskuddet under statsbudsjettets kap. 732, post 78 finansiere praksisundervisningen av medisinstudenter. Dette tilskuddet var tidligere en del av regionsykehusstilskuddet, jf. omtale i kapittel 4.3 og 4.4. Hagen-utvalgets anbefaling var at tilskudd til undervisning ble fordelt på bakgrunn av undervisningsaktivitet. I Innst. S. nr. 82 (2003-2004) ba Stortinget departementet sørge for en mer likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høyskoler. Departementet utredet muligheten for å finansiere utdanning på bakgrunn av aktivitet, men valgte å legge praksisundervisningsdelen av tilskuddet over kap. 732, post 78 inn som en del av basisbevilgningen. Dette er samme modell som for helsefagutdanningene. Fra 2006 ble 492 mill. kroner overflyttet fra kap. 732, post 78 og fordelt på kap. 732, postene 71-75. Fordelingen mellom de regionale helseforetakene forble lik som tidligere år. Tilskuddet tilsvarte om lag 860 000 kroner per medisinstudent.

10.2.1 Omfanget av utdanningsaktiviteten

Det har ikke lyktes utvalget å samle inn data for samlet utdanningsaktivitet i de regionale helseforetakene. Det finnes heller ingen gode oversikter over helseforetakenes kostnader knyttet til utdanningsvirksomhet. Utvalget har derfor basert sin gjennomgang på de aktivitetskrav som er fastsatt for den enkelte høyskole og det enkelte universitet, og som er formidlet de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentene for 2007.

Under følger oversikter over aktivitetskrav Helse- og omsorgsdepartementet har stilt til ulike utdanningskategorier.

10.2.1.1 Grunnutdanning

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universitet - der elevene/lærlingene/studentene har både helseforetakene og private virksomheter som praksisarena. Kunnskapsdepartementet fastsetter, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, aktivitetskrav for den enkelte høyskole og for det enkelte studium. Kravet for 2007 er vist i tabell 10.3 nedenfor.

Tabell 10.3 Aktivitetskrav for høyskolestudenter per regionale helseforetak.

	Samlet høyskole	Per 1000 innbygger
Helse Sør-Øst	2739	1,05
Helse Vest	1122	1,16
Helse Midt-Norge	979	1,50
Helse Nord	604	1,31
Sum	5444	1,16

Kilde: Oppdragsdokument 2007.

Aktivitetskrav fastsatt for det enkelte universitet og for det enkelte studium er vist i tabell 10.4. Her kjenner vi ikke fordeling på helseforetakene. Det er rimelig å anta at fordelingen følger de regionale helseforetakene hvor universitetet hører hjemme.

Tabell 10.4 Aktivitetskrav – universitetsutdannelser.

	Medisin	Psykologi	Farmasi	Per 10000 innbygger
Universitetet i Oslo	209	77	57	0,132
Universitetet i Bergen	127	60		0,193
NTNU	116	35		0,231
Universitet i Tromsø	89	22	24	0,292

Kilde: Oppdragsdokument 2007.

10.2.1.2 Turnustjeneste

Turnustjeneste kompletterer grunnutdanningen. Turnustjenesten er et vilkår for å få autorisasjon Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Sosial- og helsedirektoratet ved Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser det skal legges til rette for leger og fysioterapeuter, og formidler dette i brev til hvert av de regionale helseforetakene.

Tabell 10.5 Fordeling av turnuskandidater. 2006.

	Turnusleger	Fysioterapikandidater	Totalt antall årsverk	Per 1000 innbygger
Helse Sør-Øst	262	28	290	0,112
Helse Vest	132	20	152	0,157
Helse Midt-Norge	134	18	152	0,233
Helse Nord	144	17	161	0,349
Private	15	22	37	
Totalt landet	687	106	794	0,170

Kilde: Oppdragsdokument 2007.

Tabell 10.5 viser at også private institusjoner har turnuskandidater i praksisperioden. Det gjelder hovedsaklig fysioterapeuter, men store sykehus drevet av ideelle organisasjoner tar også i mot leger til turnustjeneste.

Tabell 10.6 Fordeling av turnuskandidater per region inkl. private. 2006.

	Totalt antall årsverk	Per 1000 innbygger med private
Helse Sør-Øst	314	0,121
Helse Vest	161	0,167
Helse Midt-Norge	155	0,237
Helse Nord	163	0,353
Totalt landet	794	0,170

Kilde: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

10.2.1.3 Videreutdanning

Videreutdanning omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter - og studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser, og helseforetakene skal tilrettelegge for praksisplasser i tråd med avtalene. Utvalget har ikke oversikt over den regionale fordelingen av denne aktiviteten.

Tabell 10.7 Fordeling av leger i utdanningsstillinger 2006.

	Leger i utdanningsstillinger	Per 1000 innbygger
Helse Sør-Øst	2010	0,77
Helse Vest	682	0,70
Helse Midt-Norge	485	0,74
Helse Nord	458	0,99
Sum	3635	0,78

Kilde: NR-databasen 26. september 2007 (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling).

10.2.1.4 Samlet oversikt

I tabell 10.6 vises en samlet oversikt over belastning knyttet til utdanning, målt i forhold til landsgjennomsnittet. Utvalget fastslår at utdanningsbelastningen er betydelig høyere i Helse Nord og i Helse Midt Norge, og jevnt over lavere i Helse Sør-Øst.

Tabell 10.8 Samlet oversikt over utdanning. Per innbygger målt i forhold til landsgjennomsnittet.

	Høyskole	Universitet	Turnustjeneste	Leger i utdanningsstillinger
Helse Sør-Helse Øst	0,91	0,76	0,71	1,00
Helse Vest	1,00	1,11	0,98	0,91
Helse Midt-Norge	1,29	1,33	1,40	0,96
Helse Nord	1,12	1,68	2,08	1,28

10.2.2 Utvalgets vurderinger

Finansiering av helseforetakenes grunn- og videreutdanning reiser etter utvalgets oppfatning tre problemstillinger:

1. I hvilken grad får helseforetakene i dag kompensert for de merkostnader som påløper helseforetakene gjennom deres utdanningsoppgaver i relasjon til grunnutdanningen?
2. I hvilken grad får helseforetakene i dag kompensert for kostnadene til videre- og etterutdanning av egne ansatte?
3. I hvilken grad har dette konsekvenser for en regional fordeling av inntekter.

De to første punktene dreier seg om nivået på bevilgningene, og representerer bare en utfordring i den grad det er regionale skjevheter i fordelingen av utdanningsaktiviteten.

Utvalget etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av eventuelle merkostnader knyttet til utdanningsaktiviteten. Som det framgår av tabell 10.8 er det klare geografiske variasjoner i omfanget av utdanning. I dag eksisterer det ett øremerket tilskudd til utdanning; Tilskudd til turnuskandidater. I tillegg finansieres kostnadene til utdanning over basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. I 2006 ble tilskudd til medisinerstudenter, anslått til om lag 860 000 kroner per student, lagt inn i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Utvalgets vurdering er at dette ikke gir en fordeling av ressurser som samsvarer med den reelle fordelingen av medisinerstudenter, slik det framgår av tabell 10.8. En eventuell underfinansiering

vil derfor ha konsekvenser for den regionale inntektsfordelingen. 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 har ikke informasjon om de reelle kostnadene knyttet til den videre- og etterutdanningsaktiviteten som foregår i helseforetakene. Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling har i en utredning fra 2000 relativt skjematisk stipulert de direkte kostnadene per utdanningsstilling til om lag 150 000 kroner per år³⁶ (1999-kroner). Da er ikke eventuelle kostnader knyttet til en mer ressurskrevende pasientbehandling lagt inn. Det framgår av tabell 10.8 at det er en overvekt av leger i utdanningsstillinger i Helse Nord, og også her er det 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 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.

10.3 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten og høyspesialisert medisin

10.3.1 Problemstillingen

De spesialiserte funksjonene er sentralisert til ett eller et fåtall sykehus gjennom godkjenningsordningen for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre. Regionale helseforetak som er tildelt slike funksjoner, sørger for kompetanseutvikling og pasientbehandling på vegne av pasienter i egen og andre regioner. Hagen-utvalget diskuterer modeller for finansiering av disse tjenestene i innstillingens kapittel 12. En bred diskusjon av problemstillingene finnes også i Kaarbøe (2004). I grove trekk kan problemstillingene rundt flerregionale tjenester oppsummeres som følger:

- Manglende kostnadsdekning.
- Ulik geografisk tilgjengelighet.
- Ufullstendige oppgjørsordninger mellom de regionale helseforetakene.

10.3.2 Hagen-utvalgets vurderinger

Hagen-utvalget diskuterte alternative finansieringsmodeller for høyspesialisert pasientbehandling langs to dimensjoner:

- Hvem skal finansiere, staten eller regionale helseforetak?
- Hvordan skal det finansieres, ved (i hovedsak) DRG-basert stykkpris eller ved rammebevilgninger?

Fire modeller ble vurdert:

³⁶ http://www.shdir.no/nasjonalt_rad/utredninger/spesialist__og_etterutdanning_for_leger_53926

1. Statlig finansiering gjennom rammebevilgninger.
2. Statlig finansiering ved DRG-basert stykkprisbetaling.
3. Finansiering fra regionalt helseforetak gjennom rammebevilgninger.
4. Finansiering fra regionalt helseforetak ved DRG-basert stykkprisbetaling.

Utvalget henviser til diskusjon av disse modellene i NOU 2003:1, kapittel 12. Hagen-utvalgets forslag var:

”Utvalget vil understreke at høyspesialiserte funksjoner er et område som må være gjenstand for nasjonal styring og prioritering. Betydelige investeringer, både utstyrmessig og kompetansemessig, tilsier at disse funksjonene ikke kan overlates til regionale helseforetak å prioritere og styre alene. Tjenestene er kjennetegnet ved at de ikke skal utføres i alle regioner, men tildeles som nasjonale oppgaver til enkelte sykehus som skal ivaretas på vegne av hele landet.

Det er videre viktig at finansieringssystemet legger til rette for at pasienter som bør ivaretas av en høyspesialisert funksjon, får tilbud om dette. Staten bør derfor vurdere om slike funksjoner skal motta et eget infrastrukturtilskudd. I dag er det betydelige variasjoner mellom regionene i bruk av høyspesialiserte tjenester, inkludert tjenester som tilbys ved sykehus med landsfunksjoner og høyspesialiserte funksjoner. Utvalget foreslår følgende modell for finansiering av pasientbehandling ved høyspesialiserte funksjoner.

1. Staten definerer og tildeler lands- og flerregionale funksjoner, som i dag.
2. Midlene til høyspesialiserte funksjoner innarbeides i statens generelle finansiering av regionale helseforetak.
3. Så langt som mulig inkluderes høyspesialisert behandling i DRG-systemet, og DRG-relaterte priser benyttes mellom regionale helseforetak der ikke annet avtales. Utvikling av DRG-prisene må skje i lys av kostnader som påløper ved sammenliknbare funksjoner i andre land. Der DRG-finansiering ikke er mulig, kan det utvikles priser for behandlingsprogrammer, eller utgiftene til funksjonene fordeles etter innbyggertall.
4. Regionale helseforetak inngår avtaler om bruk av lands- og flerregionale funksjoner, herunder fastsetting av pris og volum. Ved uenighet mellom partene, fastsetter staten normerte priser og minstevolum.”

10.3.3 Utvikling høyspesialisert pasientbehandling siden 2004

Etter 2004 har utviklingen på området blitt fulgt opp når det gjelder organisering og finansiering.

I Bestillerdokumentene for 2004 ble det fastslått at departementet ikke lenger vil regulere opprettelse eller avvikling av flerregionale funksjoner. I 2006 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag om sammen å utarbeide et forslag til framtidig organisering av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre. Forslaget ble overlevert til departementet i 2006 og ble deretter sendt Sosial- og helsedirektoratet for gjennomgang og kommentarer. Saken er oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet fra Sosial- og helsedirektoratet.

I 2004 ble midlene som tidligere var øremerket lands- og flerregionale funksjoner overført til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

Det har vært et uttalt mål å gjøre de aktivitetsbaserte finansieringsordningen mer tilpasset høyspesialisert medisin. SINTEF Helse utarbeidet i 2005 en rapport med enkelte forslag til endringer. Sosial- og helsedirektoratet ble bedt om å videreføre arbeidet da de overtok ansvaret for Innsatsstyrt finansiering i 2005. Målet med dette arbeidet er at det samlede finansieringssystemet skal være mest mulig prioriteringsnøytralt. Hittil er det laget egne DRGer for Cochlea implantater og noen kostbare medikamentelle behandlinger. Utvalget viser til at både DRG-systemet og ISF-ordningen har blitt kritisert for sen innarbeidelse av nye behandlingsmetoder. Her menes ikke bare inkludering av nye metoder som nye koder, men og relative kostnadsforhold i tråd med endringene i klinisk praksis. Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedirektoratet arbeider med videreutvikling av DRG- og ISF-systemet for høyspesialiserte tjenester.

10.3.4 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

Midler til de nasjonale medisinske kompetansesentrene som lå i det tidligere regionsykehusstilskuddet er fra 2004 videreført som øremerket bevilgning. Fra 2006 er ansvaret for de nasjonale kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger samt ansvaret for det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme overført de regionale helseforetakene. Midler til drift av disse er overført øremerket tilskudd til Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten.

10.3.5 Utvalgets vurderinger

10.3.5.1 Høyspesialiserte tjenester – flerregionale funksjoner

Utvalget mener at regionale forskjeller i behov for høyspesialiserte tjenester 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 sterke krav til oppgjørsordninger mellom de fire regionale helseforetakene. Oppgjørsordningene må videre ivareta flere hensyn; de må være nøytrale i forhold til valg av behandlingssted, de må være nøytrale i forhold til prioritering mellom pasientgrupper, de må være nøytrale i forhold til tilgang til tjenestene og de må sikre rimelig kostnadsdekning og forutsigbarhet for de helseforetakene som står som leverandør av disse tjenestene.

Utvalget slutter seg derfor til 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.

10.3.5.2 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

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):

”Utvalget foreslår at nye nasjonale kompetansesentra i framtida finansieres etter følgende modell: Et regionalt helseforetak som via samarbeidsorganet søker om å få tildelt, eller aksepterer å påta seg, en kompetansesenterfunksjon, utarbeider forslag til årlig budsjett (utgifter/inntekter) for de oppgavene man forplikter seg til å utføre. På grunnlag av planlagt aktivitet, og etter vurdering av behovet for virksomheten, kan staten gi godkjenning som følges av statstilskudd..... I den grad sykehus med kompetansesentre også utfører pasientbehandling, finansieres denne på ordinær måte gjennom basistilskudd og ISF-refusjon.”

11. Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell

11.1 Innledning

Utvalget har i kapitlene 6 til 10 redegjort for de analyser og vurderinger utvalget har gjennomført. Her trekkes dette sammen til utvalgets forslag til samlet modell for fordeling av aktivitetssuavhengige inntekter til de regionale helseforetakene.

11.2 Behovsindeks og behovsnøkler

11.2.1 Somatiske tjenester

Utvalget viser til kapittel 8.1 for vurderinger og analyser av behovet for somatiske spesialisthelsetjenester, herunder merknad fra medlemmene Hagen, Lindahl og Robertsen. Med bakgrunn i de analyser og vurderinger som der er presentert er utvalgets forslag til behovsnøkkel:

Tabell 11.1 Utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester.

Kriterium	Vekt	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,033	
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,012	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,010	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,041	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,054	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,057	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,082	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,098	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,102	Sum alderskriterier:
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,091	0,58
Dødelighet, 20 år +	0,113	
Andel sykmeldte	0,081	
Andel uføretrygdete, 18-67 år	0,069	
Andel med rehab. penger, 18-67 år	0,028	
Andel grunnskole, 20-59 år	0,048	
Levekårsindeks, 0-19 år	0,009	
Levekårsindeks, 67 år +	0,040	
Indeks for klima og breddegrad, 0-66 år	0,022	Sum helse- og sosiale kriterier:
Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,010	0,42
Sum	1,000	

Utvalget anbefaler at fordelingen mellom de regionale helseforetakene baseres på at andelen sykemeldte, andelen uføretrygdete 18-67 år og andelen med rehabiliteringspenger 18-67 år, beregnes som et gjennomsnitt over siste tre år, og så låses til dette nivået. Videre anbefaler utvalget at levekårsindeksen beregnes som et glidende gjennomsnitt basert på siste tre års observasjoner. Utvalget ser ikke behov for årlig oppdatering av indeks for klima og breddegrad. Basert på regionale data for

behovskriteriene som beskrevet i kapittel 8.1 gir utvalgets forslag til behovsnøkkel følgende behovsindeks for somatiske tjenester:

Tabell 11.2 Behovsindeks – somatiske tjenester.

	Behovsindeks somatiske tjenester
Helse Sør-Øst	100,6
Helse Vest	93,4
Helse Midt-Norge	101,8
Helse Nord	107,6
Norge	100,0

11.2.2 Psykisk helsevern

Utvalget viser til kapittel 8.2 for vurderinger og analyser av behovet for spesialisthelsetjenester innen området psykisk helsevern. Med bakgrunn i de analyser og vurderinger som der er presentert, er utvalgets forslag:

Tabell 11.3 Utvalgets forslag til behovsnøkkel for psykisk helsevern.

	Vekter	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,001	Sum alderskriterier: 0,549
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,028	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,066	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,137	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,113	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,073	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,045	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,025	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,036	
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,025	
Andel ugifte 40 år +	0,044	Sum sosiale kriterier: 0,451
Andel uføretrygdde PH diagnose 18-39 år	0,085	
Andel uføretrygdde PH diagnose 40-69 år	0,103	
Andel grunnskole 18-29 år	0,055	
Andel grunnskole 30-59 år	0,013	
Andel barn bor med en forelder, 0-17 år	0,051	
Andel barnevernstiltak	0,023	
Andel uføretrygdde 18-67 år	0,011	
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	
	1,000	

Utvalget anbefaler at fordelingen mellom de regionale helseforetakene baseres på andelen uføretrygdde 18-39 år og andelen uføretrygdde 40-69 år beregnes som et gjennomsnitt over siste tre år, og så låses til dette nivået. Videre anbefaler utvalget at andel barnevernstiltak beregnes som et glidende gjennomsnitt basert på siste tre års observasjoner. Basert på regionale data for behovskriteriene som beskrevet i kapittel 8.2 gir utvalgets forslag til behovsnøkkel følgende behovsindeks:

Tabell 11.4 Behovsindeks for psykisk helsevern

	Behovsindeks psykisk helsevern
Helse Sør-Øst	103,2
Helse Vest	95,3
Helse Midt-Norge	94,9
Helse Nord	99,2
Norge	100,0

11.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utvalget viser til kapittel 8.3 for vurderinger og analyser av behovet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med bakgrunn i de analyser og vurderinger som der er presentert er utvalgets forslag til behovsnøkkel:

Tabell 11.5 Forslag til behovsnøkkel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kriterium	Vekt	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,004	Sum alderskriterier: 0,547
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,154	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,192	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,096	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,068	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,027	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,004	
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,002	
Andel ugifte 40 år +	0,053	Sum sosiale kriterier: 0,453
Andel uføretrygdde PH diagnose 18-39 år	0,023	
Andel uføretrygdde PH diagnose 40-69 år	0,058	
Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år	0,080	
Andel grunnskole 18-29 år	0,122	
Andel grunnskole 30-59 år	0,067	
Andel storby (Oslo)	0,050	
Sum	1,000	

Utvalget anbefaler at fordelingen mellom de regionale helseforetakene baseres på at andelen uføretrygdde 18-39 år og andelen uføretrygdde 40-69 år beregnes som et gjennomsnitt over siste tre år, og så låses til dette nivået. Videre anbefaler utvalget at andel sosialhjelpsmottakere beregnes som et glidende gjennomsnitt basert på siste tre års observasjoner. Basert på regionale data for behovskriteriene som beskrevet i kapittel 8.3 gir utvalgets forslag til behovsnøkkel følgende behovsindeks:

Tabell 11.6 Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Helse Sør-Øst	105,2
Helse Vest	91,7
Helse Midt-Norge	91,6
Helse Nord	100,3
Norge	100,0

11.2.4 Prehospitale tjenester

Utvalget viser til kapittel 8.4 for vurderinger og analyser av behov for og kostnader til prehospitale tjenester. Til forskjell fra analysene av somatiske tjenester, tjenester for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inneholder nøkkelen for prehospitale tjenester både en vurdering av forskjeller i behov og forskjeller i kostnader knyttet til å dekke dette behovet. Med bakgrunn i de analyser og vurderinger som der er gjort er utvalgets forslag til kostnadsnøkkel:

Tabell 11.7 Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for prehospitale tjenester og pasienttransport.

Kriterium	Vekt
Gjennomsnittlig reiseavstand til akuttpsykehus	0,85
Gjennomsnittlig reiseavstand til akuttpsykehus – kvadrert	0,15
Sum	1,00

Basert på regionale data for gjennomsnittlig reisetid til nærmeste akuttpsykehus gir utvalgets forslag til ressursbehovsnøkkel følgende ressursbehovsindeks:

Tabell 11.8 Ressursbehovsindeks prehospitale tjenester.

	Indeks prehospitale tjenester
Helse Sør-Øst	65,4
Helse Vest	79,8
Helse Midt-Norge	125,5
Helse Nord	300,8
Norge	100,0

Utvalget anbefaler at denne indeksen inntil videre låses.

11.3 Kostnadsindeks

Utvalget viser til kapittel 9 for vurderinger og analyser av regionale forskjeller i kostnadsnivå. Med de bakgrunn i de analyser og vurderinger som der er gjort er utvalgets forslag at det i fordeling av ressurser til dekning av behov for tjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foretas en kompensasjon basert på følgende kostnadsindeks.

Tabell 11.9 Kostnadsindeks somatikk, psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	Kostnadsindeks
Helse Sør-Øst	98,5
Helse Vest	98,0
Helse Midt-Norge	102,0
Helse Nord	109,5
Norge	100,0

Utvalget anbefaler at denne indeksen låses.

11.4 Samlet vurdering

11.4.1 Samlet ressursbehov for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utvalget presenterer i dette avsnittet et forslag til samlet vurdering av regional fordeling av inntekter til somatiske tjenester, til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forslaget baseres på de nøklene som er presentert i kapitlene 11.2.1 til 11.2.4, samt kostnadsindeksen fra kapittel 11.3.

Trinn 1: Samlet behovsindeks for behandling

Basert på faktisk fordeling av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten foreslår utvalget en samlet behovsindeks for disse tre tjenestetypene som baseres på indeks/nøkkel for somatiske tjenester (kapittel 11.2.1) med vekt 77,6 pst., indeks/nøkkel for tjenester innen psykisk helsevern med (kapittel 11.2.2) med vekt 19,4 pst. og indeks/nøkkel for tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (kapittel 11.2.3) med 3 pst.

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

Trinn 2: Kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå

I trinn 2 foreslår utvalget at behandlingsbehovet korrigeres for forskjeller i kostnadsnivå i de fire regionale helseforetakene.

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

Trinn 3: Innvekting av ressursbehovs indeks for prehospitale tjenester

Basert på faktisk fordeling av kostnadene mellom behandlingsaktiviteter og prehospitale tjenester foreslår utvalget i trinn 3 en innvekting av nøkkelen for de prehospitale tjenestene med 5,9 pst., mens ressursbehov behandling vektet med 94,1 pst.

Tabell 11.12 Innvekting av indeks for prehospitale tjenester.

	Ressursbehov behandling (F)	Prehospitale tjenester (G)	Samlet ressursbehovs- indeks (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

11.4.2 Særskilt behandling av tilskudd til kapital

Utvalget viser til kapittel 7 for vurderinger og analyser av regionale forskjeller i beholdning av kapitalverdier. Med bakgrunn i de vurderinger som der er gjort, er utvalgets forslag et man foretar en omfordeling som gjør at de regionale helseforetakene 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 regionale helseforetakene.

Tabell 11.13 Omfordeling av kapital (mill. kroner).

	Bokført kapital (ekskl. langsiktig gjeld) per 31.12.20 06	Andel kapital	Andel behov ³⁷ (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

³⁷ Andel behov finnes ved å vekte befolkningen med behovsindeksen, F, og så beregne andelen av den "behovskorrigerte befolkningen".

11.4.3 Omfordelingseffekter

Utvalget har i kapittel 11.2 til 11.4.2 beskrevet sitt forslag til prinsipper for fordeling av de aktivitetssuavhengige midlene som i dag fordeles over statsbudsjettets kap. 732 postene 72-75, midler til opptreningsinstitusjoner, pasienttransport, Modum bad og Viken senter på kap. 732 post 70 samt midler fra Opptrappingsplanen for Psykisk helse på kap. 743 post 75. Utvalget har dermed lagt til grunn midler til hele spesialisthelsetjenesten, med unntak av midler til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre.

De regionale helseforetakene vil også få inntekter fra innsatsstyrt finansiering og poliklinisk aktivitet, dvs. kap. 732 post 76 og 77. Utvalget har merket seg at den aktivitetsbaserte delen av finansieringen ikke inneholder kompensasjon for regionale forskjeller i kostnadsnivå. Dette innebærer at regionale helseforetak med et høyt kostnadsnivå vil tape relativt til et regionalt helseforetak med lavt kostnadsnivå. Videre vil denne skjevheten bli større, jo høyere andelen innsatsstyrt finansiering er. Der en behovsjustert rammeoverføring tidligere fanget opp kostnadsvariasjoner f.eks. som følge av spredtbygdhet eller lange reiseavstander som reduserer mulighetene for poliklinisk behandling og dagbehandling, vil økende innslag av stykkpris basert på nasjonale gjennomsnittskostnader bidra til at regionale variasjoner av denne type ikke fanges opp og kompenseres for.

Utvalget foreslår derfor en modell som kompenserer for regionale kostnadsforskjeller for helse det forventede aktivitetsnivået gjennom den inntektsuavhengige delen av samlet finansiering. Dette skjer gjennom at utvalget først beregner fordeling av samtlige inntekter som nevnt i første avsnitt under kapittel 11.4.3 samt midler fordelt via statsbudsjettets kap. 732 postene 76 og 77. Fordelingen baseres på prinsippene beskrevet i kapittel 11.4.1. Deretter trekkes den aktivitetsbaserte finansieringen (statsbudsjettets kap. 732 post 76-77) ut av inntektsrammen, etter den fordeling denne ville ha hatt gitt de prinsipper som er beskrevet i kapitlene 11.2.1-11.2.3. På denne måten vil inntektsrammene til de regionale helseforetakene inneholde kompensasjon for kostnadsfordeler/ulempen knyttet til hele den forventede aktiviteten. 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.

Omfordelingseffekter i tabell 11.14 er beregnet med grunnlag i forslag til statsbudsjett 2008, og som er beskrevet i St.prp. nr. 1 (2007-2008). Beløpene dekker:

- Kap. 732 post 70 (opptreningsinstitusjoner, pasienttransport, Modum Bad, Viken senter, Tilskudd medisinerutdanning).
- Kap. 732 postene 72-75 (basisbevilgningene).
- Kap. 743 post 75 (regionale helseforetaks andel av Opptrappingsplanen for Psykisk helse).

Utvalget presiserer at omfordelingsvirkningene er beregnet med utgangspunkt i siste tilgjengelige data for de kriteriene som er presentert i kapitlene 8 og 9. Endringer i disse vil selvsagt kunne føre til endringer i tallene i tabell 11.14.

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 ressurs- behovsindeks (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 %

11.5 Betalingsordninger mellom de regionale helseforetakene

Utvalget påpeker at dannelsen av Helse Sør-Øst i stor grad bidrar til å redusere utfordringene knyttet til oppgjørsordninger mellom de regionale helseforetakene. Utvalget viser også til sine vurderinger av høyspesialiserte tjenester og nasjonale kompetansesentre i kapittel 10.

Utvalget foreslår derfor:

- 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 aktivitetseenhet”. Dette kan være opphold, plass eller oppholdsøgn.
- 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.

Utvalget vil peke på at det i dag ikke er etablerte oppgjørsordninger for behandling av pasienter ved opptreningsinstitusjoner i andre regionale helseforetak. Bevilgninger til dette formål som i budsjettforslaget for 2008 (St.prp. nr. 1 (2007-2008)) er lagt inn på kap. 732 post 70, er i utvalgets beregninger, i tråd med mandatet, nå lagt inn i den generelle inntektsrammen. Utvalget foreslår derfor at det innføres en oppgjørsordning mellom de regionale helseforetakene også for opptreningsinstitusjoner.

11.6 Forskning og utdanning

Utvalget viser til diskusjonen i kapittel 10 og foreslår 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.

11.7 Overgangsordninger

Utvalgets forslag skal etter mandatet baseres på gjeldende ramme for regionale helseforetak. Utvalgets forslag innebærer en reduksjon i tildelingene til Helse Sør-Øst på om lag 780 mill. kroner i forhold til forslaget til statsbudsjett for 2008. 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.

12. Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalget har presentert et nytt forslag til inntektssystem for de regionale helseforetakene i kapitlene 6 til 11. Den økonomiske ramme for regionale helseforetak bestemmes ved de årlige vedtak av statsbudsjettet 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.

I sin utforming av inntektsfordelingsmodell har utvalget lagt stor vekt på at modellen skal være tydelig, forutsigbar og ha høy grad av legitimitet i sektoren. Gjennom bedre tilgang på data, har utvalget kunnet foreta analyser som etter utvalgets mening har bidratt til å forbedre inntektsfordelingsmodellen. Sammenlignet med dagens system har utvalget gjennomført egne behovsanalyser på to nye områder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Samlet har dermed utvalget gjennomført behovsanalyser på fire områder (kapittel 8); somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester inkl. pasienttransport. Utvalget har i tillegg gjennomført analyser av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene (kapittel 9).

Utvalgets forslag innebærer at antall kriterier som skal oppdateres årlig økes sammenlignet med dagens modell. Utvalgets analyser viser at ulike sosioøkonomiske variabler bidrar til å forklare behovet for spesialisthelsetjenester. Inklusjon av flere sosioøkonomiske variabler i modellen innebærer at antall kriterier som årlig må oppdateres øker.

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

- Utvalget anbefaler i kapittel 7 at det settes i gang et arbeid med siktemål 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.

Litteraturliste

Askildsen, J. E., T. H. Holmås og O. Kaarbøe (2007): *Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen*. HEB Notatserie i helseøkonomi nr. 05/07.

Amundsen, A., S. Nordlund og P. H. Vale (1995): *Alkohol og narkotika i Oslo*. SIFA rapport nr. 1/95, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.

Bretteville-Jensen, A. L. og E. J. Amundsen (2006): *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. SIRUS rapport nr. 5/2006. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten: *Årsrapport 2007*.

Carlsen, F. (2006): *Betydningen av sosiale helseulikheter for overføringene til helseregionene*. Norsk Økonomisk Tidsskrift 120.

The English Departement of Health. *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula*. Mai 2005. Fifth edition.

Folkehelseinstituttet (2007): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Rapport 2007:1.

Gautung, H., E. Kjerstad og F. Kristiansen, (2001): *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie og omsorgstilbudet*. SNF-rapport nr. 57/01.

The Scottish Government. *Fair Shares for all*. September 2000.

Gråwe R. W., H. Hagen, T. L. Husum, P. B. Pedersen og T. Ruud (2005): *Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne - september 2004*. SINTEF-rapport. STF78 A055013.

Det svenske Finansdepartementet. *Kommunalekonomisk utjämning*. Mars 2005.
www.regeringen.se

Hagen, T.P. (2004): *Inntektssystem for Helse Øst RHF*. HORN arbeidsnotat 2004/7. Oslo: Forskningsprogram om ledelse og organisering i helsetjenesten (HORN), Universitetet i Oslo.

Hagen, H. og T. Ruud (2004): *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 2003*. SINTEF Helse Rapport 3/04.

Hagen, T. P. (2007): *Budsjettmodell for Helse Nord RHF*. HORN Skriftserie 2007:3. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Hagen, T. P., T. Iversen og S. A. C. Kittelsen (2007): *Laboratorie- og røntgen-virkomheten i kjølvannet av sykehus-reformen: Mer privatisering og lavere kostnader?* HERO Skriftserie 2007:2. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.

Haynes, R., G. Bentham, A. Lovett og S. Gale (1999): *Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision*. Social Science & Medicine 1999 Aug; 49(3):425-33.

Huseby, B. (2006): *Primary health care and hospital use among elderly citizens in Scandinavia*. SINTEF Helse.

Det danske Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Generelle tilskudd til regionerne*. 02/07/2007.

Det danske Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Info om kommunalreformen*. 19/12/2006. www.im.dk.

Innst. S. nr. 82 (2003-2004) *Innstilling til Stortinget fra sosialkomiteen om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*

Johansen K., F. Rømo, Ø. Hope (2002): *Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstider i ambulansetjenesten*. STF78 A025004. SINTEF Helse.

Kaarbøe O. M. (2004): *Finansiering av høyspesialiserte tjenester*. Notatserie i Helseøkonomi 6/04. Program for Helseøkonomi. Universitetet i Bergen.

Kaarbøe, O. M (2005): *Inntektssystem for helseforetakene i Helse Vest*. Notatserie i helseøkonomi, 12/2005. Bergen: Program for helseøkonomi, Universitetet i Bergen.

Kaarbøe, O. M (2007): *Inntektsfordelingsmodell for helseforetakene i Helse Nord*. Notatserie i helseøkonomi, 11/2007. Bergen: Program for helseøkonomi, Universitetet i Bergen.

Kalseth, B. (2007): *Primary care characteristics and unplanned admissions to hospital among old people in Norway*. Upublisert notat.

Kittelsen, S. A. C., F. Piro og J. Magnussen (2002): *Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader?* HERO Skriftserie 2002:18. Helseøkonomisk forskningsprogram Universitetet i Oslo.

Kjekshus, L. E. og T. P. Hagen (2007): *Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country*. Journal of Health Service Research and Policy, 12(4):230-235.

Kjekshus, L. E. (2005): *Primary health care and hospital interactions: Effects for hospital length of stay*. Scandinavian Journal of Public Health 2005 Apr;33(2):114-22.

Kunnskapssenteret (2006): *Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus*. Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 5–2006.

Lie, T. og S. M. Nesvåg (2006): *Evaluerings av rusreformen*. Rapport-IRIS. 2006/227.

Martinussen, P., I. Pettersen og T. Hofstad (2005): *Kommunenes utgiftsbehov og produksjonskostnader innenfor pleie- og omsorgssektoren: analyser av brukerdata og kommunespesifikke data*. STF78 A055018. SINTEF Helse.

Melberg, H. O. og Ø. O. Alver (2003): *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*. SIRUS rapport nr. 3/2003. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo.

Nerland, S.M. og T.P. Hagen (2006): *Forbruk av sykehustjenester: Ble det større likhet etter sykehusreformen*. i Nerland, S. M.: Effekter av sykehusreformen: Fire essay om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene". Faculty of Medicine, University of Oslo.

NOU 1996:1 *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*.

NOU 1998:9 *Hvis det haster.....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*.

NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*.

NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*.

Nordheim, O. F. (2005): *Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest*. Rapport Helse Vest.

Pedersen, P. B., J. Kalseth og H. Hagen (2002): *Forslag til kostnadsnøkkel for det psykiske helsevernet*. STF78 A025011. SINTEF Helse.

Rice, N. og P. C. Smith (2001): *Capitation and risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report*. The Milbank Quarterly, Vol. 79, No. 1.

Rusmidler i Norge, Statistikk '06. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.

SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004. Rapport 1/04. SINTEF Helse.

SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Rapport 1/6. SINTEF Helse.

SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006. Rapport 3/07 SINTEF Helse

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. Rapport 2/07 SINTEF Helse.

SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006. Rapport 4/07. SINTEF Helse.

Smith, G. D. (2000): *Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States*. American Journal of Public Health, Vol 90, Issue 11 1694-1698.

SOU 1998:151 *Kostnadsutjämning för kommunar och landsting*.

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.*

St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.*

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.*

St.prp. nr. 1 (2003-2004) *For budsjettåret 2004.* Helsedepartementet.

St.prp. nr. 1 (2004-2005) *For budsjettåret 2005.* Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2005-2006) *For budsjettåret 2006.* Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2006-2007) *For budsjettåret 2007.* Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet.*

St.prp. nr. 1 (2007-2008) *For budsjettåret 2008.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Sutton, M., H. Gravelle, S. Morris, A. Leyland, F. Windmeijer, C. Dibben og M. Muirhead (2002): *Allocation of Resources to English Areas. Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources.* Report. ISD Consultancy Service.

Town, R., D. Wholey, R. Feldman og L. R. Burns (2006): *The welfare consequences of hospital mergers.* <http://www.uic.edu/cba/cba-depts/economics/meetings/health/Welfare%20Consequences%20of%20Hospitals.pdf>

Wiig, O. (2007): *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2006.* Rapport 39/2007. NIFU STEP.

Dekanene ved de medisinske
fakulteter på Universitetet i Oslo,
Universitetet i Bergen, NTNU og
Universitetet i Tromsø

Universitets- og høyskolerådet

23. oktober 2007

Utvalget som vurderer inntektsfordelingen mellom regionale helseforetak. Henvendelse om finansiering av forskning og utdanning

Utvalget som vurderer hvordan dagens ramme av sykehusmidlene skal fordeles mellom de regionale helseforetakene, ble oppnevnt i statsråd 22. desember 2006. I mandatet (vedlagt) heter det blant annet følgende: *"Utdanning av helsepersonell og forskning er to av helseforetakenes lovpålagte oppgaver. Utvalget må ta hensyn til disse oppgavene ved vurdering av fordelingsmekanismene. Utvalget må ha kontakt med universitets- og høyskolesektoren under arbeidet."* Utvalget skal levere sin innstilling innen utgangen av 2007. Vedlagt er også utvalgets personsammensetning. Undertegnede leder utvalget.

Utvalget legger i sitt arbeid vekt på å utvikle et fordelingssystem som setter de fire regionale helseforetakene i likeverdig stand til å løse sine lovpålagte oppgaver. Når det gjelder forskning og undervisning innebærer løsningen at en ikke fullt ut får tatt hensyn til at det kan være regionale forskjeller i disse aktivitetene. Mer spesifikt innebærer dette:

Dagens finansiering av forskning til de regionale helseforetakene består av to deler; ett flatt regionalt tilskudd og en aktivitetsbasert del. Utvalget gjennomfører nå analyser som tar sikte på å avdekke eventuelle merkostnader ved forskningsaktiviteten som ikke fanges opp i dagens finansiering. Noe avhengig av hva disse analysene vil gi kan man tenke seg to mulige løsninger; a) en styrking av den aktivitetsbaserte finansieringen av forskning eller, b) en kostnadskompensasjon til helseforetak med høy forskningsaktivitet. Utvalget tar gjerne imot synspunkter på fordeler og ulemper ved disse tilnærmingene.

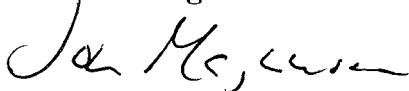
Når det gjelder undervisning skiller utvalget i sitt arbeid mellom assistentleger og turnuskandidater på den ene siden, og praksisplasser for studenter i grunnutdanningen på den andre siden. Utvalget har ikke tilgjengelig

opplysninger om gruppen videreutdanning for høyskoleutdannede på helseforetaksnivå. Utvalget analyserer nå om de to førstnevnte kategoriene synes å påvirke kostnadsnivået i helseforetakene.

Utvalget har dessverre ikke tilgjengelig informasjon om fordeling av praksisplasser på helseforetaksnivå for grunnutdanningene. Regionale tall av praksisplasser etter geografisk lokalisering av universiteter og høyskoler viser en viss skjevfordeling, med en høyere belastning i Helse Midt-Norge RHF og i Helse Nord RHF sammenlignet med befolkningstall. Utvalget har diskutert finansieringen av praksisplasser ved helseforetakene og vil presisere følgende: Omfanget og fordeling av praksisplasser er bestemt av nasjonal utdanningskapasitet og geografisk lokalisering av universiteter og høyskoler. Det gir derfor liten mening å implementere en finansiering av disse i en behovsbasert modell. Samtidig er det ikke tilgjengelig data som kan si noe om de reelle (mer)kostnadene ved denne typen plasser. Ordinære kostnadsanalyser vil ikke være finmaskede nok til å fange opp slike kostnader - noe blant annet analysene i forkant av Hagen-utvalgets innstilling (NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten) viste. Utvalget er åpen for synspunkter på dette.

Utvalget har sett det som mest hensiktsmessig å henvende seg til universitets- og høyskolesektoren etter en kartlegging av hvilke muligheter vi har for å gjøre analyser på området. Kartleggingen har tatt noe tid. Vi ber om forståelse for dette. Innspill kan sendes til utvalgets leder på email jon.magnussen@ntnu.no eller via telefon 93009681.

Med vennlig hilsen



Jon Magnussen

1 vedlegg



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

(Foreløpig utgave)

Vedlegg 2

Inntektsfordelingsutvalget for spesialist-helsetjenesten v/prof Jon Magnussen
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Det medisinske fakultet
Fakultetssekretariatet
Postboks 1078, Blindern
0316 Oslo

Besøksadresse
Harald Schjelderups hus 3. et., Inngang 2
Forskningsveien 3A, 0373 Oslo

Telefon: 22 84 53 00

Telefaks: 22 84 53 01

E-post: sekretariat@medisin.uio.no

Nettadresse: <http://www.med.uio.no/>

Dato: 14.11.2007

Deres ref.:

Vår ref.:

Henvendelse om finansiering av forskning og utdanning

Vi takker for brev datert 23.10., mottatt hos oss 29.10. d.å. I brevet blir vi spesielt invitert til å komme med synspunkter når det gjelder finansiering av forskning til de regionale helseforetakene. Det antydes at man kan tenke seg to mulige løsninger "a) en styrking av den aktivitetsbaserte finansieringen av forskning eller, b) en kostnadskompensasjon til helseforetak med høy forskningsaktivitet".

Vi har for lite informasjon til å kunne vurdere alle sider ved problemstillingene. Når det gjelder den aktivitetsbaserte finansieringen av forskning, er det jo 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 øket betaling så vil dette også stimulere forskningsaktiviteten.

Når det gjelder spørsmålet om å gi kostnadskompensasjon til helseforetak med høy forskningsaktivitet, vil vi gjerne anføre at dette uansett bør komme i tillegg til en eventuell aktivitetsbasert finansiering. De forskningstunge sykehusene hos oss, det vil si våre universitetssykehus, har en annen kostnadsstruktur enn øvrige sykehus. Det kommer blant annet av at sykehusene må ha en større bemanning for å kunne ta hånd om forskning i tillegg til undervisning og pasientbehandling. Dette innebærer også en større arealbruk samt øket liggetid for pasienter. Dessuten vil det ved disse sykehusene i høyere grad bli tatt i bruk nyere og derfor dyrere medisiner og nyere og dyrere utstyr.

Våre universitetssykehus finansierer også vitenskapelige stillinger som er nødvendige for undervisning og forskning ved vårt fakultet. Vi har pr i dag i størrelsesorden 90 professor II-stillinger finansiert av våre universitetssykehus. I tillegg til lønn betaler sykehusene i disse tilfellene 15 % dekningsbidrag beregnet av lønn med sosiale kostnader samt 150 000 kroner i drift for kliniske stillinger og 300 000 kroner i drift for stillinger i laboratoriene.

Når det gjelder behov for øket areal kan det nevnes at Nye Ahus har avsatt 4000 kvadratmeter til rene universitetsformål og møbler og utstyr til disse arealene beløper seg til i størrelsesorden 85 millioner kroner. Dette siste er en bevilgning fra Kunnskapsdepartementet, men anføres her som en synliggjøring av hvilke kostnader som ligger i universitetssykehusene for å ivareta forskning og undervisning.

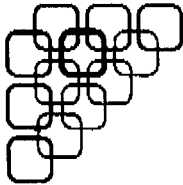
Beløpene til universitetssykehusene for ivaretagelse av forskning og undervisning var tidligere, i alle fall for en del av sykehusene, synliggjort i deres budsjetttildelinger. Etter hvert har disse midlene blitt en del av den vanlige budsjetttildelingen og er ikke lenger synlige men kostnadene er naturligvis like fullt der. Dette dreide seg for hvert av våre universitetssykehus, om over 100 millioner kroner pr år.

Vi vil til slutt understreke betydningen av at universitetssykehusene fortsatt får en vesentlig høyere bevilgning enn sykehus uten universitetsfunksjonen. Det medisinske fakultet i Oslo er helt avhengig av samarbeidet med våre universitetssykehus for å kunne drive den undervisning og den forskning som foregår i sykehusenes lokaler, og som er delvis finansiert over sykehusenes budsjetter.

Med vennlig hilsen


Finn Wisløff
dekanus


Bjørn Hol
fakultetsdirektør



UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET

THE NORWEGIAN ASSOCIATION OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

(Foreløpig utgave)

Vedlegg 3

Vår dato: 7.12.07 Vår referanse: 07/158 - 9 TRT
Deres dato: 14.12.07 Deres referanse:

Saksbehandler:
Tor Rynning Torp

Inntektsfordelingsutvalget for spesialisthelsetjenesten
Helse- og omsorgsdepartementet
Einar Gerhardsens plass 3

0030 OSLO

Til: Utvalgsleder Jon Magnussen

Henvendelse om finansiering av forskning og utdanning

Avsender av dette brevet er Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning (NRHS) og Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning (NPP). Rådene organiserer 17 grunnutdanninger innen helse- og sosialfag hvor de fleste gjennomfører praksisstudier innen spesialisthelsetjenesten. Utdanningene rådene representerer er:

Audiograf
Barnevernpedagog
Bioingeniør
Ergoterapeut
Fysioterapeut
Jordmor
Optiker
Ortopediingeniør
Radiograf
Reseptar
Psykolog
Sosionom
Sykepleier
Tannpleier
Tanntekniker
Velferdsstudier
Vernepleier

Når det gjelder studenter innen farmasi og odontologi uttaler vi oss ikke på deres vegne ettersom praksisandelen i spesialisthelsetjenesten omfatter et relativt lavt antall personer. Ettersom henvendelsen fra utvalget også er sendt direkte til de medisinske fakultetene omfattes heller ikke disse av dette brevet.

I brevet fra inntektsfordelingsutvalget skilles det mellom assistentleger og turnuskandidater på den ene siden og praksisplasser for studenter i grunnutdanningen på den andre siden når det gjelder undervisning. Vi forutsetter at det med grunnutdanning siktes til både universitets- og høgskoleutdanninger innen f.eks. medisin, psykologi, sykepleie og ergoterapi.

1. Finansiering av forskning:

Verken Universitets- og høgskolerådet – herunder NRHS og NPP har tatt stilling til finansiering av forskning i spesialisthelsetjenesten på prinsipiell basis. Dette er et omfattende og komplekst spørsmål som krever en langt større behandling enn vi kan klare på nåværende tidspunkt.

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. 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.

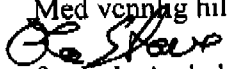
I Helse Midt-Norge er det lagt ned et stort arbeid i å beregne kostnader forbundet med veiledning av høgskolestudenter i sykehus. Helseforetaket utarbeidet denne modellen i 2004¹:

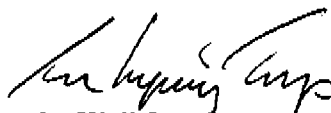
• Arbeidstøy	kr. 135,-
• ID-kort	kr. 200,-
• Garderobeleie, strøm, etc.	kr. 50,-
• Bibliotekhjelp, leseplass	kr. 50,-
Kopiutgifter	
• IT opplæring, tilgangsadministrasjon, lisens?	kr. 400,-
• Veiledningskostnader ca. 10 % av brutto veilederlønn 30kr x 7,5 t. x 4	kr. 900,-

Total kostnad per uke	kr. 1735,-
-----------------------	------------

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 tjenesteproduksjonen. 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 kalkylen ovenfor kun fokuserer på utgiftssiden er den ikke et uttrykk for totalbildet av situasjonen.

I de tilfelle hvor utdanningsinstitusjonene benytter andre ressurser enn det som er nødvendig for å gjennomføre praksisstudier i spesialisthelsetjenesten og dette medfører økonomiske utlegg, kan dette løses ved å regulere forholdet i samarbeidsavtalen mellom den enkelte utdanningsinstitusjon og det enkelte helseforetak.

Med vennlig hilsen

for Jarle Aarbakke
styreleder UHR


for Kjell-Ivar Iversen
leder NRHS

Vedlegg: Brev fra Utdannings- og forskningsdepartementet 22.12.2005

Kopi til: Kunnskapsdepartementet

¹ Gjengitt etter avtale med Helse Midt-Norge

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

Epost av 6.10.2007 fra utvalgsleder Jon Magnussen til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten:

Spesifisering av problemstillingen

1. Bakgrunn

I korte trekk analyseres befolkningens behov for helsetjenester som følger: Observerte forbruk kjøres i en regresjonsanalyse mot forhold som antas å påvirke sykkelighet og dermed forbruk. Disse forholdene deles inn i fire grupper: Alder (og kjønn), Helseindikatorer, Sosiale indikatorer og Klimavariabeler. Analysene gjennomføres på en slik måte at det korrigeres for forskjeller i forbruk som skyldes forskjeller i tilbud. Analysegrunnlaget er samlet forbruk av somatiske helsetjenester i grupper ("celler") bestående av individer med samme alder/kjønn/bostedskommune. Med andre ord vil "menn født i 1972 bosatt i Oslo" være en gruppe og "kvinner født i 1945 bosatt i Hammerfest" en annen. På denne måten tilnærmer man seg den "ideelle analysen", som ville være å se på hva som forklarer individenes bruk helsetjenester, så langt som datagrunnlaget i Norge tillater.

I analysene har man så langt landet på følgende faktorer (i tillegg til alder) som forklarer forbruk:

- Helseindikatorer
 - Dødelighet
 - Andel med legemeldet sykefravær
 - Andel på uføretrygd
 - Andel på rehabilitering
- Sosiale indikatorer
 - Andel med kun grunnskole (eller uten)
 - Næringsstruktur
 - Levekårsindeks (sosialhjelp, vold, atferd, arb.ledighet, fraflytting)
- Klimaindeks
 - Gjennomsnittlig sommertemperatur
 - Gjennomsnittlig vintertemperatur
 - Gjennomsnittlig nedbørsmengde

Det er klimaindeksen som er tema her, og denne skal derfor forklares noe nærmere. Temperaturvariabelene er basert på gjennomsnittstall fra perioden 1961-90, og er konstruert på kommunenivå. Hver variabel er laget som en indeks (målt verdi – minimumsverdi, skalert med variasjonsbredde) fra 0 til 1. Indeksene er videre konstruert slik at 1 betyr "mest usunt klima". I praksis betyr dette at lav sommertemperatur, høy (NB) vintertemperatur og mye nedbør antas å innebære usunt klima. Hypotesen vil være at forbruket av helsetjenester vil være høyere i kommuner med "kalde (fuktige) somre og varme (fuktige) vintre" enn i kommuner med "varme (tørre) somre og kalde (tørre) vintre". Variabelene i klimaindeksen kan inngå hver for seg, eller (i foreliggende versjon er indeksen gjennomsnittet av de tre variabelene.)

DET ER VIKTIG Å VÆRE KLAR OVER AT DENNE EFFEKTEN I ANALYSENE VIL KOMME I TILLEGG TIL EN EFFEKT AV DE INKLUDERTE ALDERS-, HELSE- OG SOSIALE VARIABLE.

Med andre ord; hvis man tror at effekten av klima kommer i form av høyere dødelighet bør denne fanges opp av dødelighetsvariabelen. Vi ser med en gang at dette kan være

problematiske å skille, fordi dødelighetsvariabelen ikke bare vil fange opp høyere behov knyttet til høyere dødelighet, men ventelig også vil fange opp høyere behov knyttet til en høyere sykkelighet i befolkningen.

2. Oppdraget

Strengt tatt er vi ute etter om det finnes analyser av effekten av temperatur og eller nedbør *etter at man har kontrollert for de andre faktorene*. Dette antas å være vanskelig, og vi velger derfor å formulere følgende problemstillinger:

1. Kan man finne studier som dokumenterer/sannsynliggjør at det vil være forskjeller i behov for helsetjenester mellom geografiske områder som kan forklares gjennom forskjeller i
 - a. Sommertemperatur
 - b. Vintertemperatur
 - c. Nedbør
 - d. Eller kombinasjoner av disse
2. Kan man finne studier som dokumenterer/sannsynliggjør at de samme klimaforholdene har effekt på fysiologiske forhold ved individene, på en slik måte at dette igjen kan ventes å påvirke sykkelighet, og dermed behov for helsetjenester
3. Kan man, i tråd med punktene 1 og 2 finne studier som dokumenterer at *breddegrad*, enten alene eller i kombinasjon med noen av de ovenfor nevnte variablene påvirker forbruk og/eller fysiologi.
4. I den grad man finner studier, kan man si noe om på hvilken måte disse variablene manifesterer seg/kan tenkes å manifestere seg i økt forbruk/behov. (For eksempel; gjennom økt dødelighet, gjennom spesielle sykdomsgrupper etc.) Med andre ord, kommer effekten gjennom variable vi allerede har kontrollert for – jfr pkt 1 – eller kommer den i tillegg.

Merk at klimavariablene, slik de foreløpig er operasjonalisert, inngår som gjennomsnittsverdier for kommunene. På RHF nivå snakker vi da om en variasjonsbredde mellom

- Ca 10 og 14 grader for sommertemperatur
- Ca -3,2 til 1,8 grader for vintertemperatur
- Ca 75 til 155 mm/mnd for nedbør

Det vil kunne være noe større variasjonsbredde på kommunenivå. Data for dette kan oversendes av Fredrik Carlsen (fredrik.carlsen@ntnu.no). Vi har ingen underliggende hypoteser om effekten av klimavariablene kommer fordi dårlig klima skyldes kortere perioder med ekstermtemperatur/nedbør eller om det er effekten av "et jevnt" dårligere klima vi eventuelt observerer.

3. Leveranse

Utvalget skal ha sitt neste møte den 7/11, med frist for sakspapirer den 30/10. Vi forventer selvsagt ikke at Kunnskapssenteret på denne tiden skal kunne gjennomføre noen fullstendig kunnskapsoppsummering på dette området. Vi ber imidlertid om at Kunnskapssenteret så langt mulig identifiserer studier man mener vil være relevante for utvalget ut fra de beskrivelser vi har gitt over, og i stikkordsform redegjør for studienes hovedfunn. Så langt mulig ber vi også om at søk foretas i samfunnsvitenskapelige databaser. Utvalgsleder (Jon Magnussen – jon.magnussen@ntnu.no) og sekretariat (v Tone Hobæk – tone.hobak@hod.dep.no) vil være tilgjengelige for løpende diskusjoner undervegs.



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olav plass, N-0130 Oslo

Tlf: (+47) 23 25 50 00 Faks: (+47) 23 25 50 10

www.kunnskapssenteret.no

Vedlegg 5

Magnussen-utvalget ved Tone Hobæk HOD
Jon Magnussen NTNU
(databasen i RefMan sendes for seg til JM)

Deres ref:

Vår ref: 07/522

Dato: 25102007

Forespørsel om notat angående klimavariabel og behov for helsetjenester.

Klima, folkehelse og behov for helsetjenester er et omfattende tema, og et faglig vanskelig område. Nasjonalt kunnskapssenter har sin kjernevirksomhet i å oppsummere gode oppsummeringer av kunnskap, evt lage en oppsummering basert på gode primærstudier. Disse oppdragene krever tverrfaglig arbeid av bibliotekarer, forskere og eksterne ekspertgrupper, og tar vanligvis 6-24 måneder fra oppdraget er avklart til en ferdig rapport er publisert.

Når det gjelder de klimarelaterte spørsmål utvalget stiller, finnes det sannsynlig lite forskning med studiedesign som gir informasjon om årsak/effekt. Det er neppe gjort randomiserte forsøk, før-etter-forsøk eller pasient-serier med flerårig klimafokus. Design "dårligere" enn dette vil sjelden brukes innen kunnskapsbaserte rapporter, fordi kvaliteten blir for lav til å gi holdbare konklusjoner. Særlige utfordringer forventes i forhold til å kunne skille mellom ulike effekter og risikofaktorer. De studiene vi har funnet ser på forholdsvis korte klimaeffekter.

Utvalget spør om effekten av å være fast bosatt i ulike klima. Dette er kanskje studert i et befolkningsperspektiv ved Norges sterke epidemiologiske fagmiljø? Befolkningsstudier vil se på samvariasjon, men vil sjelden kunne gi sikre årsak/virknings-modeller. Fagfeltet geografisk epidemiologi bruker bl.a. kommunedata i studier. Igjen er det sannsynligvis tidkrevende å finne en modell som svarer på utvalgets utfordring.

Jeg har i samråd med Jon Magnussen gitt to av våre bibliotekarer i oppdrag og gjøre et innledende søk innen feltet. Vi har gjort et søk i vanlige databaser og legger ved søkestrategien. Med bred inkludering finner vi over 1000 studier, de fleste ser på kortvarige klimaendringer. Vi har også begrenset søkene til observasjonsstudier, og finner da ca 100 studier. Ved rask vurdering ser også disse ut til å være forholdsvis kortvarige. Begge databasene (RefMan) sendes til Jon Magnussen for nærmere vurdering.

Vennlig hilsen

Hanne Thürmer, avd. direktør

Behovsanalyse for somatikk

1 Datagrunnlag - forbruk av tjenester

Analysen omfatter behandling ved somatiske sykehus, behandling hos private spesialister og behandling i opptreningsinstitusjoner. Analysen baseres på data for celler som kombinerer kjønn, fødselsår og bostedskommune. Siden mange av cellene vil være tomme for de eldste kohortene, er fødselsårene 1917 og tidligere slått sammen, og fødselsårene 1918-22 slått sammen. Per 1.1.2005 var det 72 522 celler med én eller flere personer. Personer født i 2005 eller senere er ikke med i analysene.

Forbruksrater på cellenivå fås ved å dele totalforbruket til personene i en celle med antall personer i cellen per 1.1.2005. For private avtalespesialister foreligger kun forbruksdata for 2006. For hver celle er forbruket av private spesialisttjenester per person beregnet som cellens totalforbruk i 2006 dividert med antall personer i cellen per 1.1.2006. På grunn av kommunesammenslåinger, dødsfall og flyttinger mangler data fra 2006 for om lag 700 celler. For disse cellene er forbruket av private spesialisttjenester per person satt lik gjennomsnittsforbruket til personer med samme fødselsår og kjønn.

Data for sykehus, herunder poliklinisk behandling, og opptreningsinstitusjoner er hentet fra Norsk pasientregister, mens data for private avtalespesialister er fra NAV. Forbruksratene uttrykkes i DRG-poeng per person per år.

Data for opptreningsinstitusjoner er hentet fra 2005. Forbruket av opptreningsinstitusjoner omregnes fra oppholdsdøgn til DRG-poeng ved hjelp av regnskapsinformasjon for 2006. Totalutgiftene til opptreningsinstitusjoner divideres på antall oppholdsdøgn, og tallet som framkommer divideres på DRG-enhetsprisen i 2006. Dette gir 0.047 DRG-poeng per oppholdsdøgn, og et gjennomsnittlig årlig forbruk per innbygger på 0.008 DRG-poeng.

For poliklinisk behandling brukes gjennomsnittlig forbruk i 2004 og 2005. En del pasientkontakter er oppført med takster som ikke har eksistert. I noen tilfeller dreier det seg om feilkoder der det er åpenbart hva som ment. I slike tilfeller er takstene tatt med i analysene. De øvrige takstene er ekskludert fra analysene.

Behandlingsvolumet beregnes i fire steg. Først beregnes summen av statlige refusjoner og egenandel utenom ordinær konsultasjonstakst for hver celle. Ordinær konsultasjonstakst er ikke tatt med fordi antallet slike takster ikke nødvendigvis sier noe om den relative ressursinnsatsen som medgår ved poliklinisk behandling på cellenivå. For andre takster enn ordinær konsultasjonstakst settes antall takster lik gjennomsnittet i 2004 og 2005, mens takstbeløpene hentes fra forskriften per 1.7.2005. Beløpene som framkommer vil undervurdere det totale forbruket av poliklinisk behandling av to grunner, fordi hovedparten av egenandelene ikke er med og fordi regionale helseforetak delfinansierer behandlingen. I andre steg korrigeres for det første forholdet. Dette gjøres ved å multiplisere celleforbruket med 1.81, som er forholdet mellom (statlige refusjoner på landsbasis + alle egenandeler på landsbasis) og (statlige refusjoner på landsbasis + egenandeler som er med ved beregning av celleforbruket på landsbasis). Forholdstallet er beregnet ut fra datamaterialet til Norsk

pasientregister. I tredje steg multipliseres forbruket med 2. Det forutsettes altså at regionale helseforetak finansierer 50 pst. av utgiftene til poliklinisk behandling. I siste steg divideres celleforbruket i kroner med DRG-enhetsprisen i 2005. Beregningene gir et gjennomsnittlig årlig forbruk per innbygger på 0.026 DRG-poeng. Som for sykehusopphold skaleres forbruket til personer født i 2004 med faktoren 4/3.

Behandlingsvolumet for private spesialister beregnes gjennom de samme fire stegene. Ut i fra et tilsvarende resonnement som for poliklinisk behandling er ikke egenbetaling ved konsultasjoner, enkle pasientkontakter og sykebesøk tatt med ved beregning av forbruket på cellenivå i første steg. Det er brukt data for 2006. Siden takstbeløpene ikke ble særlig endret fra 2005 til 2006, brukes DRG-enhetsprisen for 2005 til å omregne fra kroner til DRG-poeng. For om lag 20 pst. av pasientkontaktene (tilsvarende om lag 15 pst. av forbruket) mangler informasjon om pasientens bostedskommune. Disse konsultasjonene brukes ikke ved beregning av forbruket i første steg, men tas med når forbruket skaleres opp for å korrigere for at konsultasjonstakster er utelatt (steg to). Beregningene gir et gjennomsnittlig årlig forbruk per innbygger på 0.018 DRG-poeng.

Gjennomsnittlig samlet forbruk per år utgjør 0.287 DRG-poeng per innbygger. Sykehusopphold utgjør i underkant av 80 pst. av totalforbruket. Poliklinisk behandling og behandling hos private spesialister står for henholdsvis 9 pst. og 6 pst. av totalforbruket, mens rehabilitering ved sykehus og opptrening utgjør hver i underkant av 3 pst..

2 Regresjonsanalysen

Det estimeres en regresjonsligning med celle som observasjonsenhet. Ligningen forklarer hvordan samlet forbruk per person varierer mellom cellene som en funksjon av variabler som beskriver behovet for behandling og behandlingstilbudet til innbyggerne i bostedskommunen. Analysen tar høyde for at antall personer i hver celle varierer ved å bruke antall personer per 1.1.2005 som vektor. Det innebærer at hver person i Norge teller likt.

Regresjonsligningen inkluderer dummy variabler for helseforetaksområder med utgangspunkt i inndelingen for 2004. Dummy variablene tas med for å sikre at ikke variasjon i forbruket som skyldes tilbudsforskjeller mellom helseforetak feilaktig blir tilskrevet forskjeller i behov.

Siden helseforetaksområdet 'Asker og Bærum' kun har to kommuner, legges dette området sammen med hovedstadsområdet. Analysen gjøres slik at resultatene viser hva forbruket ville ha vært i et tenkt helseforetak med forbruksnivå på landsgjennomsnittet.

3 Forklaringsvariabler

Tabell 6.1 gir definisjoner av forklaringsvariablene. Noen variabler varierer på cellenivå, mens andre har samme verdi for alle celler i en kommune. Variablene faller i fem grupper: alderssammensetning, sosioøkonomiske forhold, klima og breddegrad, helsetilstand og variabler som beskriver tjenestetilbudet. Med unntak av variablene som beskriver alderssammensetning og reisetid til nærmeste sykehus, er samtlige forklaringsvariabler fratrasket kommunegjennomsnittet. Kommunegjennomsnittet beregnes som et vektet gjennomsnitt der cellens innbyggertall brukes som vektor

dersom variabelen varierer mellom celler, og kommunens innbyggertall brukes som vektor dersom variabelen varierer mellom kommuner. Effekten av forklaringsvariabler tillates å variere med alder. Dette gjøres ved å multiplisere variablene med dummy variabler for alderskategorier. Hvis effektene av variablene varierer lite mellom alderskategorier, er flere alderskategorier slått sammen. For å begrense antall variabler er det ikke laget interaksjonsledd mellom tre eller flere forklaringsvariabler.

Alderssammensetning

Det inkluderes 12 dummy variabler for følgende alderskategorier: 0-5 år, 6-12 år, 13-17 år, 18-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-66 år, 67-69 år, 70-79 år og 80 år og eldre. Alder refererer til alder per 1.1.2005. Den foreslåtte kostnadsnøkkel for somatikk, psykisk helsevern og rus inneholder 10 alderskategorier, da alderskategoriene 18-19 år og 20-29 år er slått sammen til én kategori og kategoriene 60-66 år og 67-69 år er slått sammen til én kategori. Avviket mellom antall alderskategorier i kostnadsnøkkel og antall alderskategorier i regresjonsligningen skyldes at noen forklaringsvariabler ikke har mening for personer over 67 år (f.eks. andel uførepensjonister), og at noen forklaringsvariabler ikke er oppgitt for personer 20 år og yngre. Avviket håndteres ved å bruke resultatene for to alderskategorier i analysen til å beregne vekten til alderskategorien 18-29 år i kostnadsnøkkel og tilsvarende for 60-69 år.

Sosioøkonomiske forhold

Utdanningsnivået er målt ved andelen som har grunnskole eller lavere som høyeste utdanning og inkluderes både på cellenivå og kommunenivå. Variabelen er basert på registerstatistikk fra SSB. For å fange opp betydningen av levekår brukes delindeks for levekårsproblemer utarbeidet av SSB. Delindeksene er heltall fra 1 til 10, hvor 10 betyr at kommunen befinner seg blant de 10 pst. kommuner/bydeler med størst levekårsproblemer. I analysen brukes en levekårsindeks som er gjennomsnittet av delindeksene for sosialhjelp, voldskriminalitet og attføring. Delindeksene er hentet fra SSBs Styringshjul 2005.

Asylsøkere er ikke registrert bosatte i folkeregisteret og regnes derfor ikke med ved beregning av antall personer i hver celle. Imidlertid registreres deres forbruk av spesialisthelsetjenester i Norsk pasientregisters statistikk. For asylsøkere i mottak regnes vertskommunen for asylmottaket som bostedskommune i pasientstatistikken. De beregnede forbruksratene kan derfor overvurdere det reelle forbruket i kommuner med asylmottak. For å fange opp denne effekten inkluderes antall asylsøkere i mottak per innbygger på kommunenivå som forklaringsvariabel. Antall asylsøkere på kommunenivå er hentet fra nettsidene til UDI og er registrert per 1.12.2004.

Klima og breddegrad

Basert på månedsdata på kommunenivå fra Meteorologisk Institutt, er det beregnet variabler som fanger opp gjennomsnittlig nedbørsmengde og temperaturer for perioden 2000-2006. Foreløpige analyser for de enkelte kategorier spesialisthelsetjenester (sykehusopphold, poliklinikk, private spesialister, rehabilitering og opptrening) viste at nedbør, temperaturen om sommeren (månedene mai-august), temperaturen om vinteren (månedene november-februar) og kommunens

beliggenhet, målt ved kommunesenterets breddegrad, har betydning for forbruket. Nedbør, vintertemperatur og breddegrad er positivt korrelert med forbruket, mens sommertemperatur er negativt korrelert med forbruket. Det er laget en variabel for hver kommune, kalt indeks for klima og breddegrad, som karakteriserer kommunens klima og beliggenhet. Variabelen lages i to steg. Først er nedbør, vintertemperatur og breddegrad fratrasket de respektive minimumsverdier på landsbasis og skalert med variasjonsbredden (differansen mellom høyest og lavest verdi på landsbasis), mens sommertemperatur trekkes fra sin maksimumsverdi og skaleres med variasjonsbredden. Dette gir fire variabler som varierer mellom 0 og 1, hvor 1 betyr at behovet for helsetjenester er størst. I andre steg beregnes indeksen som gjennomsnittet av de fire variablene.

Helsetilstand

Fire variabler på cellenivå gir informasjon om befolkningens helsetilstand: antall døde per innbygger, antall personer med legemeldt sykefravær som andel av sysselsettingen, antall uføretrygdete per innbygger og antall som mottar rehabiliteringspenger per innbygger. Hvis en celle ikke har sysselsatte registrert per 1.1.2005, er andel sykmeldte på cellenivå beregnet ved å skalere antall sykmeldte med befolkningstallet i cellen. Foreløpige analyser viser at forbruket til yngre og eldre avhenger av andel sykmeldte på kommunenivå. Andel sykmeldte er beregnet på cellenivå for befolkningen 20-66 år og på kommunenivå for befolkningen 0-19 år og for befolkningen 67 år og eldre. De fire variablene som beskriver befolkningens helsetilstand er basert på registerstatistikk fra SSB.

Tilbudet av helsetjenester

Dummy variablene for helseforetak kan tolkes som tilbudsvariabler siden de fanger opp systematiske forskjeller i spesialisthelsetilbudet mellom helseforetak. I tillegg tas med variabler som beskriver reiseavstand til sykehus og private spesialister, og variabler som beskriver pleie-, omsorgs- og allmennlegetilbudet.

For hver kommune beregnes reisetid i timer fra kommunesenteret til kommunesenteret i nærmeste kommune som har somatisk sykehus (utenom spesialsykehus). Norsk pasientregisters pasientstatistikk for 2004 eller 2005 brukes til å kartlegge om en kommune har et sykehusstilbud. En begrensning er at noen sykehusforetak omfatter avdelinger i flere kommuner og kun rapporterer data for hele foretaket. I disse tilfellene er det brukt opplysninger på sykehusenes nettsider våren 2007 til å fordele sykehusfunksjoner på kommuner.

For private spesialister lages reisetidsvariabelen i to steg. Først beregnes reisetid i timer til nærmeste kommune med avtalespesialist innen gynekologi, og tilsvarende for hudsykdommer, indremedisin, øre-nese-hals og øyesykdommer. Deretter beregnes gjennomsnittet av de fem reisetidene. Informasjon om den geografiske fordelingen av private spesialister er hentet fra regionale helseforetaks nettsider ved årsskiftet 2004/2005. Private spesialister uten avtale omfattes ikke. Variabelen er kvalitetssjekket ved å sammenholde informasjonen på regionale helseforetaks nettsider med Norsk pasientregisters oversikt over avtalespesialister som leverte data til pasientregisteret i 2005.

Data om reisetid med bil mellom de administrative sentergrunnkretsene i kommunene er utarbeidet av InfoMap. Reisetiden til sykehus/spesialist er skjønnsmessig satt til 10 minutter for Oslo og 5 minutter for de øvrige storbyene (Bergen, Trondheim, Stavanger). Reisetiden er også satt til 5 minutter dersom reisetiden fra kommunesenteret til kommunesenteret i nærmeste kommune med det aktuelle tilbudet er mindre enn 5 minutter. Resultatene er lite følsomme for skjønnsmessige anslag på reisetid.

For å karakterisere pleie- og omsorgstilbudet brukes antall institusjonsplasser og antall tilrettelagte boenheter per innbygger 80 år og eldre. Variabelen er hentet fra KOSTRA for 2004. Som mål på rekrutteringsproblemer og ustabilitet i allmennlegetjenesten brukes andel fastlegehjemler som dekkes av vikar. Variabelen er hentet fra NAV sine nettsider årsskiftet 2004/2005. Noen kommuner hadde ikke fastlege. For disse kommunene settes andel fastleger med vikar lik fylkesgjennomsnittet.

Tabell 6.1 Forklaringsvariabler.

Alderssammensetning (alle variabler er beregnet på cellenivå)	
Alder 0-5 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 2004-1999
Alder 6-12 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1992-1998
Alder 13-17 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1987-1991
Alder 18-19 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1985-1986
Alder 20-29 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1975-1984
Alder 30-39 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1965-1974
Alder 40-49 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1955-1964
Alder 50-59 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1945-1954 .
Alder 60-66 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1938-1944
Alder 67-69 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1935-1937
Alder 70-79 år	Dummy = 1 hvis fødselsår = 1925-1934
Alder 80 år +	Dummy = 1 hvis fødselsår <= 1924
Sosioøkonomiske forhold	
Grunnskole, celle	Andel innbyggere uten videregående utdanning per 1.10.2004 på cellenivå.
Grunnskole, kommune	Andel innbyggere uten videregående utdanning per 1.10.2004 på kommunenivå.
Levekår I	Gjennomsnitt av levekårsindekser for sosialhjelp, vold og attføring, styringshjulet 2005. Beregnet på kommunenivå.
Asylsøkere	Antall asylsøkere per innbygger 1.12.2004. Beregnet på kommunenivå.

Klima og breddegrad

Indeks for klima og breddegrad

Variabel på kommunenivå som beskriver klima og bosted. Se tekst for forklaring.

Helsetilstand

Dødelighet

Gjennomsnittlig antall døde i 2004 og 2005 per 100 innbyggere 1.1.2005. Beregnet på cellenivå.

Sykefravær

Andel sysselsatte med legemeldt sykefravær ved utgangen av 2004. Beregnet på cellenivå for personer 20-66 år og på kommunenivå for personer 0-19 år og 67 år og eldre.

Uføretrygdede

Andel innbyggere på uføretrygd ved utgangen av 2004. Beregnet på cellenivå.

Rehabilitering

Andel innbyggere med rehabiliteringspenger ved utgangen av 2004. Beregnet på cellenivå.

Tilbudet av helsetjenester

Avstand, sykehus

Reisetid til senteret i nærmeste kommune med somatisk sykehus utenom spesialsykehus i 2004 (i timer).

Avstand, spesialist

Reisetid til senteret i nærmeste kommune med privat spesialist, gjennomsnitt over fem spesialiteter i 2004 (i timer).

Dekningsgrad

Antall plasser i institusjoner og boenheter per innbygger 80 år og eldre, 2004.

Andel vikarer

Andel fastlegehjemler dekket av vikarer, januar 2005.

4 Resultater

Det er valgt en spesifikkasjon (hvilke variabler som er med i regresjonsligningen) der variabler med statistisk signifikans på 5 pst. nivå (tosidig test) eller bedre beholdes. Størrelsen på en koeffisient viser hvordan forbruket endres når variabelen endres med én enhet. Eksempel: koeffisienten til andel uføretrygdede er 0.271. Det betyr at en uførepensjonist i gjennomsnitt har 0.271 DRG-poeng høyere forbruk per år enn en person med samme alder, bosted osv. som ikke er uføretrygdet.

Med unntak av de første leveårene øker samlet forbruk med alderen. Andel uten videregående utdanning har negativ effekt på forbruket når variabelen måles på cellenivå og positiv effekt når variabelen måles på kommunenivå. Levekårsindksen har positiv effekt på forbruket til barn/ungdom og eldre men ingen effekt for andre aldersgrupper. Andel asylsøkere ved mottak i kommunen har betydning for forbruket blant personer 44 år og yngre. Indeksen for klima og breddegrad har positiv effekt på

forbruket i alle aldersgrupper, effekten er sterkest for eldre. De fire variablene som beskriver befolkningens helsetilstand – dødelighet, sykefravær, andel uføretrygdede og andel som mottar rehabiliteringspenger – har alle positive effekter på forbruket. Lang reisetid til sykehus betyr lavere forbruk i alle aldersgrupper, effekten sterkest for eldre. Høy dekningsgrad i pleie- og omsorgssektoren og lav andel vikarer i fastlegehjemler bidrar til lavere forbruk. Lang reisetid til private spesialister medfører høyere forbruk av spesialisthelsetjenester.

Tabell 6.2 Regresjonsresultat. Tabellen viser estimerte koeffisienter (absolutte t-verdier i parentes). Dummy variabler for helseforetaksområder er tatt med. Antall analyseenheter = 72 522. t-verdier er korrigert for clustering på kommunenivå.

Variabel	Koeff. (t-verdi)
Alder 0-5 år	0.227 (30.73)
Alder 6-12 år	0.066 (9.95)
Alder 13-17 år	0.079 (11.64)
Alder 18-19 år	0.105 (15.28)
Alder 20-29 år	0.149 (21.78)
Alder 30-39 år	0.186 (27.25)
Alder 40-49 år	0.204 (30.00)
Alder 50-59 år	0.323 (46.15)
Alder 60-66 år	0.488 (66.69)
Alder 67-69 år	0.642 (58.49)
Alder 70-79 år	0.850 (80.65)
Alder 80 år og eldre	0.989 (73.91)
Grunnskole, celle Alder 20-59 år	-0.036 (2.25)
Grunnskole, kommune Alder 20-59 år	0.104 (4.41)
Levekårsindeks Alder 0-19 år	0.0014 (2.26)
Alder 67 år og eldre	0.012 (4.60)
Asylsøkere Alder 0-44 år	0.264 (2.97)
Indeks klima og breddegrad Alder 0-66 år	0.091 (3.54)
Alder 67 år og eldre	0.285 (5.91)
Dødelighet Alder 20 år og eldre	0.032 (27.76)

Sykefravær	
Alle aldersgrupper	0.328 (17.25)
Uføretrygdede	
Alder 20-66 år	0.271 (12.01)
Rehabilitering	
Alder 20-66 år	0.637 (14.31)
Avstand, sykehus	
Alder 0-66 år	-0.008 (6.23)
Alder 67 år og eldre	-0.052 (7.31)
Avstand, spesialist	
Alder 30 år og eldre	0.004 (4.67)
Dekningsgrad	
Alder 81 år og eldre	-0.896 (7.74)
Andel vikarer	
Alder 20 år og eldre	0.045 (3.06)
R^2 justert	0.8523

5 Behovsnøkkel for somatikk

Basert på resultatene fra regresjonsanalysene som er dokumentert i tabell 6.2, beregnes behovsvektene på følgende måte:

- La: β = regresjonskoeffisient
 X = gjennomsnittsverdi variabel for landet
 B = innbyggertallsandel for variabel for landet
 Y = gjennomsnittlig forbruk for landet

$$\text{Vekt}^{\text{UKORR}} = (\beta * X * B) / Y$$

Med unntak for reisetid til sykehus, er hver forklaringsvariabel utenom dummy variablene for alderskategoriene fratrasket vektet kommunegjennomsnitt. Det innebærer at koeffisienten til dummy variablene for alderskategoriene kan tolkes som forbruket til en person i den aktuelle alderskategorien som har gjennomsnittlige personkarakteristika og bor i en gjennomsnittskommune (dog i en kommune med sykehus) i et gjennomsnittlig helseforetak. Siden koeffisientene til dummy variablene har denne tolkningen, vil vektene til alderskriteriene summere seg til 1 (når vi ser bort fra at reisetiden ikke er lik gjennomsnittlig reisetid). Sum av ukorrigerter vektor vil

derfor summere seg til ett tall som er større enn 1. Det korrigeres for dette ved å justere vektene for aldersgruppene, slik at summen av aldersvekter og vektene for de øvrige kriteriene summerer seg til 1.

For ikke-aldersvariable, heretter kalt helse- og sosiale kriterier, så er derfor de endelige vektene lik de ukorrigerede:

Helse- og sosiale kriterier:

$$\text{Vekt} = \text{Vekt}^{\text{UKORR}} = (\beta * X * B) / Y$$

Mens alderskriteriene korrigeres på følgende måte:

$$\begin{aligned} \text{La } S &= \sum \text{Vekt}^{\text{UKORR}} \\ A^{\text{UKORR}} &= \sum \text{Vekt}^{\text{UKORR}} \text{ for alderskriteriene} \\ A^{\text{KORR}} &= \sum \text{Vekt}^{\text{KORR}} \text{ for alderskriteriene} = A^{\text{UKORR}} - (S-1) \\ k &= A^{\text{KORR}} / A^{\text{UKORR}} \end{aligned}$$

$$\text{Vekt} = k * \text{Vekt}^{\text{UKORR}}$$

Behovsanalyse for psykisk helsevern

Behovsnøkkelen for psykisk helsevern er beregnet basert på resultater fra separate analyser for voksne og barn og unge. Resultatene er vektet sammen til en nøkkel. Beregningene er gjort ved å kombinere flere datakilder. Dette er befolkningsstatistikk fra SSB, data innsamlet i forbindelse med SAMDATA Psykisk helsevern for ulike år, og pasientdata fra NPR (barn og unge) og pasienttellingsdata (voksne).

1 Psykisk helsevern for voksne

1.1 Datagrunnlag - forbruk av tjenester

Opplysninger om befolkningens bruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne er hentet fra pasientregistrering ved institusjonene. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt privatpraktiserende spesialister. Pasienttellingene er utført av SINTEF Helse. Dette datagrunnlaget er beskrevet nærmere i det følgende:

Døgnpasienter i psykisk helsevern

Registreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et registreringsskjema for hver enkelt pasient som var innlagt på registreringstidspunktet 20.11.2003. Etter flere purrerunder hadde SINTEF Helse mottatt utfylte skjema fra samtlige døgninstitusjoner innen utgangen av mars 2004. Dersom institusjonene har levert skjema for alle sine pasienter per 20.11.2003, gir disse data dermed en oversikt over samtlige pasienter som var innlagt på registreringstidspunktet.

På registreringstidspunktet var antall registrert døgnpasienter ved sykehusavdelinger 2 371, ved DPS-er 1 440, og ved psykiatriske sykehjem 389. Dette gir i alt 4 200 døgnpasienter. For en mer omfattende beskrivelse av metode og gjennomføring av pasienttellingene for døgnpasienter samt resultatene, se Hagen og Ruud (2004).

Pasienter i offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister

Pasientregistreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et skjema for hver voksen pasient som mottok poliklinisk behandling ved poliklinikk eller av avtalespesialist (med driftsavtale) i løpet av en to ukers periode i september 2004. Registreringen omhandler alle pasienter som er over 18 år og alle former for poliklinisk behandling fra spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer tradisjonelle poliklinikker ved DPS, dagbehandling, ulike former for ambulant behandling, og behandling gitt av privatpraktiserende psykologer og psykiatere (avtalespesialister) som mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Registreringsskjemaet som ble fylt ut av avtalespesialistene var noe kortere enn det som ble fylt ut av helsepersonell ved poliklinikkene. Det ble mottatt registreringsskjema for totalt 21 527 pasienter behandlet på poliklinikk/DPS og 10 003 pasienter behandlet av avtalespesialister. Ledere ved DPS og poliklinikker ble pålagt ansvaret for at registreringen ble gjennomført og svarprosenten antas å være tilnærmet 100. For en utfyllende beskrivelse av metode og gjennomføring av pasienttellingene for pasienter i

offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister, samt resultater, se Gråwe mfl. (2005).

1.2 Analysemetode

Analysen av psykisk helsevern for voksne er basert på ratio-metoden som er beskrevet i kapitlene 6 og 8.2. Ratio-metoden innebærer at pasientene grupperes etter demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn for å identifisere grupper som har merforbruk av tjenester, og deretter beregnes hvor stort merforbruket er for de ulike gruppene. Behovsvekt for hver gruppe/kriterium beregnes basert på gruppens andel av pasientene. I neste omgang fordeles kostnadene ut på helseregionene ut fra deres andel av befolkningen i de samme gruppene. Dette innebærer at dagens behovsdekning (på landbasis) brukes som norm.

Fordi det ikke er mulig å beregne kombinasjoner av alder og de ulike sosiale kriteriene i statistikk på regionnivå (uten bruk av konsesjonsbelagte data som må kobles sammen fra ulike personregistre), er det gjort forenklende forutsetninger med hensyn til fordeling på sosiale kriterier, og fordeling på alder og sosiale kriterier er gjort ved å anta uavhengighet i effekt på forbruk, se Pedersen mfl. (2002) for en grundig gjennomgang av metoden.

For å ta høyde for ulike behandlingstkostnader mellom ulike pasientgrupper er det skilt mellom følgende tjenestetyper:

- døgnbehandling sykehus,
- døgnbehandling DPS
- døgnbehandling andre institusjoner,
- offentlige poliklinikker og
- privatpraktiserende avtalespesialister.

Pasientene er altså delt inn etter tjenestetype og det er foretatt beregninger av behovsnøkler for hver tjenestetype. Behovsnøklerne for tjenestetypene vektet sammen til en behovsnøkkel og av den grunn er merforbruk beregnet for samme befolkningsgrupper for alle tjenestetypene.

1.3 Demografiske og sosiale variabler som inngår i analysene

Ratio-metoden innebærer at man ikke kan velge andre kriterier enn det vi har informasjon om i pasientdataene.

De sosiale kriteriene som er undersøkt er:

- Ugifte over 40 år.
- Uføretrygdete (med psykiatrisk diagnose) 18 – 39 år.
- Uføretrygdete (med psykiatrisk diagnose) 40 – 69 år.
- Sosialhjelpsmottakere 18 – 49 år.
- Utdanningsnivå; kun grunnskole 18 – 29 år.
- Utdanningsnivå; kun grunnskole 30 – 59 år.

Dette er de samme sosiale kriteriene som er inkludert i dagens kostnadsnøkler. Opplysninger om innbyggertall i de aktuelle befolkningsgruppene etter alder er innhentet fra SSB og gjelder for 2004 (grunnet sammenlignbarhet med pasientdata).

1.4 Resultater

De sosiale kriteriene er ikke gjensidig utelukkende slik at samme pasient vil bli regnet med under flere kriterier samtidig. Dette justeres for ved å vekte kriteriet lik 1 hvis pasienten oppfyller bare ett kriterium, lik ½ om pasienten oppfyller 2 kriterier og lik 1/3 om de oppfyller tre kriterier. En person kan maksimalt oppfylle tre av kriteriene samtidig da alderskategoriene og hovedinntektskildene er gjensidig utelukkende, dvs. en person kan ikke både motta sosialhjelp og uføretrygd. Merforbruk knyttet til sosiale kriterier er vist i tabell 7.1 som befolkningsrate og som antall pasienter i tabell 7.2.

Tabell 7.1 "Merforbruk" eller øket prevalens for risikogrupper i forhold til befolkningen generelt. Ratene per 10 000 innbygger, 2004. Psykisk helsevern for voksne.

	ugifte 40 år og over	uføre 18-39 år	uføre 40-69 år	sosialhjelps- mottakere 18-49 år	kun grunnskole 18-29 år	kun grunnskole 30-59
Sykehus	4,8	220,6	43,5	2,1	16,8	0,9
DPS	6,2	172,6	45,3	-2,1	4,2	1,3
Psykiatrisk sykehjem	3,2	25,9	17,0	-0,8	1,0	0,6
Offentlige poliklinikker	11,2	844,9	259,4	-23,5	86,2	5,3
Privatpraktiserende spes.	2,2	137,9	87,6	-30,7	-8,9	-28,2

Tabell 7.2 Merforbruk for risikogrupper, omregnet til pasienter. Psykisk helsevern for voksne.

	ugifte 40 år og over	uføre 18-39 år	uføre 40-69 år	sosialhjelps- mottakere 18-49 år	kun grunnskole 18-29 år	kun grunnskole 30-59	Sum merforbruk
Døgn, sykehus	120	283	292	23	219	37	974
Døgn, DPS	157	221	305	-23	55	55	769
Døgn psyk. sykehjem	81	33	114	-8	13	24	258
Offentlige poliklinikker	285	1082	1744	-258	1122	227	4202
Privatpraktiserende spes.	56	177	589	-337	-116	-1200	-831

Tabell 7.3 viser pasienter fordelt på aldergruppene etter korreksjon for merforbruk knyttet til sosiale kriterier.

Tabell 7.3 Pasienter etter driftsform og alder, korreksjoner for merforbruk, sosiale kriterier. Psykisk helsevern for voksne.

	0-17 år	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+	Sum
Poliklinisk	12	404	314	185	120	84	130	105	1354
Dagtilbud	3	167	178	106	69	49	66	25	663
Døgntilbud	0	20	12	11	11	19	37	17	128
Offentlige poliklinikker	122	5057	5018	3694	1922	519	469	257	17058
Privatpraktiserende spes.	311	1637	3233	3060	2061	329	94	17	10742

Fra tallene for merforbruk for sosiale kriterier (tabell 7.2) og forbruk etter alder korrigert for sosiale kriterier (tabell 7.3) beregnes behovsvekten for de enkelte deltjenestene for 2004. Resultatet er vist i tabell 7.4.

Vekten for hvert kriterium framkommer ved at antall pasienter knyttet til kriteriet divideres med sum pasienter totalt (for hver tjenestetype). Eksempelvis framkommer vekten for kriteriet "alder 30-39 år" for døgnbehandling i sykehus gjennom følgende regnestykke: $314/(974+1\ 354)$, der 314 hentes fra tabell 7.3 for pasienter i døgnbehandling i sykehus, 974 er sum døgnpasienter i sykehusene fordelt etter sosiale kriterier (tabell 7.2) og 1 354 refererer til sum døgnpasienter i sykehusene fordelt etter alderskriterier (tabell 7.3).

Tabell 7.4 Vekter for deltjenester. Psykisk helsevern for voksne.

	Alderskriterier								Sum alders kriterier
	0-17 år	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+	
Sykehus	0,005	0,174	0,135	0,080	0,051	0,036	0,056	0,045	0,582
DPS	0,002	0,117	0,124	0,074	0,048	0,034	0,046	0,018	0,463
Psykiatrisk sykehjem	0,000	0,052	0,032	0,029	0,030	0,049	0,096	0,045	0,333
Offentlige poliklinikker	0,006	0,238	0,236	0,174	0,090	0,024	0,022	0,012	0,802
Privatpraktiserende spes.	0,031	0,165	0,326	0,309	0,208	0,033	0,009	0,002	1,084

	Sosiale kriterier							Sum sosiale kriterier	Sum kriterier totalt
	ugifte 40 år og over	uføre 18-39 år	uføre 40-69 år	sosialhjelps- mottakere 18-49 år	kun grunnskole 18-29 år	kun grunnskole 30-59			
Sykehus	0,052	0,121	0,126	0,010	0,094	0,016	0,418	1,000	
DPS	0,109	0,154	0,213	-0,016	0,038	0,038	0,537	1,000	
Psykiatrisk sykehjem	0,210	0,086	0,297	-0,021	0,035	0,062	0,667	1,000	
Offentlige poliklinikker	0,013	0,051	0,082	-0,012	0,053	0,011	0,198	1,000	
Privatpraktiserende spes.	0,006	0,018	0,059	-0,034	-0,012	-0,121	-0,084	1,000	

Behovsnøklene for hver deltjeneste vektes sammen til en behovsnøkkel. Dette er gjort basert på beregnede kostnadsandeler for hver deltjeneste. Fordi ikke alle helseforetak leverer regnskapstall på institusjonsnivå, er kostnadsandelene beregnet basert på en kombinasjon av kostnadstall og personelltall for regioner hvor helseforetakene leverer regnskap på institusjonsnivå (Helse Vest og Helse Nord) og personelltall for hele landet. Dette gir beregnede kostnadsandeler som vist i tabell 7.5.

Tabell 7.5 Beregnede kostnadsandeler for deltjenester i psykisk helsevern for voksne.

Tjenestetype	Kostnadsandeler
Døgn, sykehus	0.60
Døgn, DPS	0.20
Døgn, Psykiatriske sykehus	0.02
Offentlig poliklinikk	0.16
Private avtalespesialister	0.02
Totalt	1,00

Sosialhjelpsmottakere kommer i analysen ut med et mindreforbruk av tjenester og er derfor ikke tatt med i den samlede behovsnøkkelen. Behovsnøkkelen for psykisk helsevern for voksne er vist i tabell 8.2.2 i kapittel 8.2.

2 Psykisk helsevern for barn og unge

2.1 Datagrunnlag - forbruk av tjenester

Opplysninger om befolkningens bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge er hentet fra pasientdata fra Norsk pasientregister og angir antall behandlede pasienter i løpet av året. Samtlige av landets offentlige institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge inngår i datagrunnlaget. Analysene er basert på tall for 2005 og 2006. Alle pasientene teller likt i analysene, uavhengig av omsorgsnivå og dermed kostnadene knyttet til pasientbehandlingen.

2.2 Analysemetode

For psykisk helsevern for barn og unge er det gjennomført regresjonsanalyser av antall pasienter per innbygger i barn og unge befolkningen på kommunenivå. Ved hjelp av informasjon om bostedskommune for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, kan vi gruppere pasientene i ulike celler. En tilnærming lik det som er gjort i analysene for somatikk er valgt, og pasientene er gruppert i fire aldersgrupper. Dette relateres til befolkningsgrunnlaget i kommunene, slik at hver kommune har fire verdier: Pasienter per innbygger (i aktuell aldersgruppe) for gruppene 0-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-19 år. Dette er avhengig variabel i regresjonsanalysene som er gjennomført. Ved å koble på informasjon om sosiale indikatorer på kommunenivå, kan det undersøkes om brukerratene (antall pasienter per innbygger i aktuell aldersgruppe) på kommunenivå (etter pasientenes hjemstedskommune) har sammenheng med sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Det er gjennomført regresjonsanalyser der avhengig variabel er pasienter per innbygger og forklaringsvariablene inkluderer sosiale kriterier (avvik fra vektet gjennomsnitt) og dummy variabler for aldersgruppene som forklaringsvariabler. Det er kontrollert for tilbudseffekter ved å inkludere dummy variabel for helseforetak. Alle regresjonene er vektet med befolkning 0-17 år og korrigert for klustereffekter.

Gjennom disse analysene er sosiale kriterier som tilsier merforbruk av behandling i psykisk helsevern for barn og unge identifisert.

2.3 Forklaringsvariable

I likhet med analysene for somatikk er en rekke mulige variabler som beskriver sosiale og økonomiske kjennetegn ved kommunen undersøkt, bl.a. arbeidsledighet, klima, fattigdom, levekårsindekser, andel skilsmisser, personinntektsvariabler mfl. Analysene gir at følgende sosiale kriterier medfører merforbruk:

- Andel barn og unge (0-17 år) i kommunen som bor hos kun en av foreldrene.
- Barnevernstiltak per 0-17 åring .
- Uføretrygdete per 16-66 åring.

For de øvrige variabler som er undersøkt gir ikke resultatene systematiske og stabile effekter.

2.4 Resultater

Det er brukt tall fra 2005 og 2006 og det er utført tverrsnittsregresjoner på hvert av årene. Fra regresjonsresultatene er det beregnet separate vekter. De endelige vektene er et gjennomsnitt av siste kolonne i de to neste tabellene.

Resultatene for variabelen for uføretrygde viser at den har sterk og signifikant effekt på forbruksratene for barn og unge når det ikke inkluderes dummy variabler for helseforetak. Inklusjon av disse dummy variablene reduserer effekten av andel uføretrygdede betydelig (effekten halveres), og den er da ikke lenger signifikant. Dette betyr at det er korrelasjon mellom andel uføretrygdede og forbruksrater mellom helseforetakene, noe som kan innebære problemer med å skille effekten av uføretrygdede fra effekten av dummy variablene. Variabelen inkluderes derfor i behovsnøkkelen, med vekten som beregnes fra tabellene 7.6 og 7.7.

Tabell 7.6 Regresjonsresultater og vekter. Psykisk helsevern for barn og unge. 2005.

2005	Koeff.	Std. Err.	t-verdi	P>t	Utrechnet vekt
0-5 år	0.001	0.002	0.4	0.70	0.003
6-12 år	0.044	0.003	17.0	0.00	0.157
13-17 år	0.080	0.003	28.0	0.00	0.289
18-19 år	0.029	0.003	11.6	0.00	0.105
Andel barn som bor med en forelder	0.123	0.027	4.5	0.00	0.271
Andel barnevernstiltak	0.214	0.084	2.6	0.01	0.121
Andel uføretrygdede	0.035	0.052	0.7	0.50	0.055
					1.000

Tabell 7.7 Regresjonsresultater og vekter. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.

2006	Koeff.	Std. Err.	t-verdi	P>t	Utrechnet vekt
0-5 år	0.003	0.002	1.2	0.223	0.008
6-12 år	0.045	0.002	20.5	0.000	0.148
13-17 år	0.081	0.002	33.8	0.000	0.267
18-19 år	0.033	0.002	14.6	0.000	0.110
Andel barn som bor med en forelder	0.135	0.028	4.9	0.000	0.273
Andel barnevernstiltak	0.245	0.105	2.3	0.020	0.126
Andel uføretrygdede	0.047	0.055	0.9	0.394	0.068
					1.000

3 Behovsnøkkel for psykisk helsevern

Behovsnøkklene for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge er vektet sammen til en behovsnøkkel. Nøkkelen for barn og unge er vektet inn med 20 pst. I forslaget til behovsnøkkel for psykisk helsevern i tabell 8.2.4 i kapittel 8.2 er i tillegg ikke-vestlige innvandrere skjønnsmessig innvektet.

Behovsanalyse for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

Beregning av behovsnøkkelen for rusbehandling er basert på ratio-metoden, og er gjort ved å kombinere flere datakilder. Dette er befolkningsstatistikk fra SSB, data innsamlet i forbindelse med SAMDATA-prosjektet, og pasienttellingsdata.

1 Datagrunnlag - forbruk av tjenester

Opplysninger om befolkningens bruk av tjenester i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige er hentet fra pasientregistrering ved behandlingsinstitusjonene. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling på en gitt dato. Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt private tiltak. Pasienttellingene er utført av IRIS³⁸. Dette datagrunnlaget er beskrevet nærmere i det følgende:

Registreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et registreringsskjema for hver enkelt pasient som var til behandling på registreringstidspunktet en bestemt dag i juni 2006. På registreringstidspunktet var antall pasienter ved rustiltakene 1 474, hvorav 32 pst. mottok poliklinisk behandling, 2 pst. mottok dagbehandling og 66 pst. mottok døgnbehandling. Opplysning om behandlingstype manglet for 0,3 pst. av pasientene. For en mer omfattende beskrivelse av metode og gjennomføring, samt resultatene, se Lie og Nesvåg (2006).

2 Analysemetode

Analysen for rusbehandling er basert på ratio-metoden som er beskrevet i kapitlene 6 og 8. Ratio-metoden innebærer at pasientene grupperes etter demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn for å identifisere grupper som har merforbruk av tjenester, og deretter beregnes hvor stort merforbruket er for de ulike gruppene. Behovsvekt for hver gruppe/kriterium beregnes basert på gruppens andel av pasientene. I neste omgang fordeles kostnadene ut på helseregionene ut fra deres andel av befolkningen i de samme gruppene. Dette innebærer at dagens behovsdekning (på landbasis) brukes som norm.

Det er ikke mulig å beregne kombinasjoner av alder og de ulike sosiale kriteriene i statistikk på regionnivå (uten bruk av konsesjonsbelagte data som må kobles sammen fra ulike personregistre). Det er derfor gjort forenklende forutsetninger med hensyn til fordeling på sosiale kriterier. Fordeling på alder og sosiale kriterier er gjort ved å anta uavhengighet i effekt på forbruk, se Pedersen mfl. (2002) for en grundig gjennomgang av metoden.

For å ta høyde for ulike behandlingstkostnader mellom ulike pasientgrupper er det skilt mellom ulike omsorgsnivå:

- døgnbehandling,
- dagbehandling og
- poliklinisk behandling.

³⁸ International Research Institute of Stavanger (tidligere Rogalandsforskning).

Pasientene er altså delt inn etter omsorgsnivå og det er foretatt beregninger av behovsnøkler for hvert omsorgsnivå. Behovsnøklerne for omsorgsnivåene vektet sammen til en behovsnøkkel og av den grunn er merforbruk beregnet for samme befolkningsgrupper for alle omsorgsnivåene.

3 Demografiske og sosiale variabler som inngår i analysene

Ratio-metoden innebærer at man ikke kan velge andre kriterier enn det vi har informasjon om i pasientdataene.

De sosiale kriteriene som er undersøkt er:

- Ugifte over 40 år.
- Uføretrygdede (med psykiatrisk diagnose) 18 – 39 år.
- Uføretrygdede (med psykiatrisk diagnose) 40 – 69 år.
- Sosialhjelpsmottakere 18 – 49 år.
- Utdanningsnivå; kun grunnskole 18 – 29 år.
- Utdanningsnivå; kun grunnskole 30 – 59 år.

Dette er de samme sosiale kriteriene som er inkludert i dagens kostnadsnøkler. Opplysninger om innbyggertall i de aktuelle befolkningsgruppene etter alder er innhentet fra SSB og gjelder for 2006 (grunnet sammenlignbarhet med pasientdata).

4 Resultater

De sosiale kriteriene er ikke gjensidig utelukkende slik at samme pasient vil bli regnet med under flere kriterier samtidig. Dette justeres for ved å vekte kriteriet lik 1 hvis pasienten oppfyller bare ett kriterium, lik $\frac{1}{2}$ om pasienten oppfyller 2 kriterier og lik $\frac{1}{3}$ om de oppfyller tre kriterier. En person kan maksimalt oppfylle tre av kriteriene samtidig da alderskategoriene og hovedinntektskildene er gjensidig utelukkende, dvs. en person kan ikke både motta sosialhjelp og uføretrygd. Merforbruk knyttet til sosiale kriterier er vist i tabell 8.1 som befolkningsrate og som antall pasienter i tabell 8.2.

Tabell 8.1 "Merforbruk" eller øket prevalens for risikogrupper i forhold til befolkningen generelt. Rater per 10 000 innbygger, 2006. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	Ugifte 40 år og over	Uføre 18-39 år	Uføre 40-69 år	Sosialhjelps- mottakere 18-49 år	Kun grunnskole 18-29 år	Kun grunnskole 30-59
Poliklinisk	0,8	6,2	4,4	3,0	4,4	0,6
Dagtilbud	0,0	1,9	0,1	0,1	0,1	0,1
Døgntilbud	2,0	16,8	9,0	8,4	9,3	1,7

Tabell 8.2 Merforbruk for risikogrupper, omregnet til pasienter. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	Ugifte 40 år og over	Uføre 18-39 år	Uføre 40-69 år	Sosialhjelps mottakere 18-49 år	Kun grunnskole 18-29 år	Kun grunnskole 30-59	Sum merforbruk
Poliklinisk	23	8	30	30	59	25	175
Dagtilbud	1	2	0	1	2	2	8
Døgntilbud	55	22	60	85	127	70	419

Tabell 8.3 viser pasienter fordelt på aldergruppene etter korreksjon for merforbruk knyttet til sosiale kriterier.

Tabell 8.3 Pasienter etter omsorgsnivå og alder, korreksjoner for merforbruk, sosiale kriterier. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	0-17 år	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+	Sum
Poliklinisk	2	82	97	51	49	14	2	0	296
Dagtilbud	0	2	7	5	1	2	0	0	17
Døgntilbud	5	159	194	95	68	26	4	2	554

Vekten for hvert kriterium framkommer ved at antall pasienter knyttet til kriteriet divideres med sum pasienter totalt (for hver tjenestetype). Eksempelvis framkommer vekten for kriteriet "alder 30-39 år" for poliklinisk behandling gjennom følgende regnestykke: $97/(296+175)$, der 97 hentes fra tabell 8.3 for pasienter som mottar poliklinisk behandling. 175 er sum polikliniske pasienter fordelt etter sosiale kriterier (tabell 8.2) og 296 refererer til sum polikliniske pasienter fordelt etter alderskriterier (tabell 8.3).

Tabell 8.4 Vekter for deltjenester. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fasene og faktorer for deltagelse i 2- og 3-årig spesialiseret trossenning									
Alderskriterier									
	0-17 år	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+	Sum alders kriterier
Poliklinisk	0,00	0,17	0,21	0,11	0,10	0,03	0,00	0,00	0,63
Dagtilbud	0,00	0,09	0,27	0,19	0,04	0,08	0,00	0,00	0,67
Døgntilbud	0,01	0,16	0,20	0,10	0,07	0,03	0,00	0,00	0,57

Sosiale kriterier								
	ugifte 40 år og over	uføre 18-39 år	uføre 40-69 år	sosialhjelps- mottakere 18-49 år	kun grunnskole 18-29 år	kun grunnskole 30-59	Sum sosiale kriterier	Sum kriterier totalt
Poliklinisk	0,05	0,02	0,06	0,06	0,13	0,05	0,37	1,00
Dagtilbud	0,02	0,10	0,02	0,04	0,07	0,08	0,33	1,00
Døgntilbud	0,06	0,02	0,06	0,09	0,13	0,07	0,43	1,00

Tabell 8.5 Beregnede kostnadsandeler for deltjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Omsorgsnivå	Kostnadsandeler
Poliklinisk	0,07
Dagtilbud	0,03
Døgntilbud	0,90
Totalt	1,00

Behovsnøkklene for hvert omsorgsnivå vektes sammen til en nøkkel. Dette er gjort basert på beregnede kostnadsandeler for hvert omsorgsnivå. Fordi det er små forskjeller i kriterievektene mellom omsorgsnivåene, betyr kostnadsfordelingen

mellom omsorgsnivåene lite for kriterievektene i den samlede behovsnøkkelen. Resultatet for rusbehandling er vist i figur 8.3.1 i kapittel 8.3.

5 Behovsnøkkel for rusbehandling

I forslaget til behovsnøkkel for rusbehandling i tabell 8.3.1 i kapittel 8.3 er i tillegg et storbykriterium skjønnsmessig innvektet.

Analysen av prehospitale tjenester og pasienttransport

1 Bilambulanse

Resultatene for bilambulanseanalysene er dokumentert i egen rapport fra SINTEF Teknologi og samfunn (Bull-Berg mfl., 2007).

2 Luftambulanse

Utvalget har fått tilgang til antall oppdrag i 2005 og 2006 for ambulansefly, legehelikopter og redningshelikopter på kommunenivå fra *Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjenesten* ANS. For å redusere betydningen av tilfeldig årlig variasjon er gjennomsnittlig antall oppdrag for 2005 og 2006 lagt til grunn i analysene. Tabell 9.1 og 9.2 viser antall oppdrag etter regionen basen som har hatt oppdraget er lokalisert i og regionen pasienten er hjemmehørende i. Det framgår at det er betydelige forskjeller i antall oppdrag for regionene basert på baseregion og bostedsregion. Dette gjelder i særlig grad for Sør-Øst. Dette skyldes at en betydelig andel av pasientene hjemmehørende i første rekke i Vest benytter baser lokalisert i Sør-Øst, se tabell 9.3.

Tabell 9.1 Antall oppdrag luftambulanse etter baseregion. Gjennomsnitt 2005 og 2006.

	Totalt	Fly	Legehelikopter	Redningshelikopter
Sør-Øst	4 190	1 517	2 673	-
Vest	1 830	-	1 770	60
Midt-Norge	2 749	1 351	1 192	207
Nord	6 806	5 451	1 010	345
Totalt	15 573	8 318	6 644	611

Kilde: Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjenesten ANS.

Tabell 9.2 Antall oppdrag luftambulanse etter bostedsregion. Gjennomsnitt 2005 og 2006.

	Totalt	Fly	Legehelikopter	Redningshelikopter
Sør-Øst	2 901	513	2 365	23
Vest	2 320	725	1 539	56
Midt-Norge	2 971	1 484	1 306	181
Nord	6 659	5 433	914	312
Utland/Missing	724	164	521	40
Total	15 573	8 318	6 644	611

Kilde: Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjenesten ANS.

Tabell 9.3 Fordeling av oppdrag for pasienter bosatt i regionen etter baseregion. Prosent. Gjennomsnitt oppdrag 2005 og 2006.

Baseregion

Bostedsregion	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Sør-Øst	92 %	2 %	3 %	3 %	100 %
Vest	30 %	62 %	7 %	1 %	100 %
Midt-Norge	13 %	0 %	81 %	6 %	100 %
Nord	3 %	0 %	1 %	96 %	100 %
Utland/Missing	32 %	43 %	8 %	16 %	100 %
Total	27 %	12 %	18 %	44 %	100 %

Kilde: Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS.

Oppdrag per innbygger på kommunenivå er analysert i forhold til følgende kjennetegn ved kommunene:

a0-18	Andel i befolkningen i alderen 0-18 år
a67-79	Andel i befolkningen i alderen 67-79 år
a80	Andel i befolkningen 80 år og eldre
lokal	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste lokalsykehus
sentral	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste "sentralsykehus"
regional	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste "regionsykehus"
land	Gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner
p20000	Gjennomsnittlig avstand til nærmeste 20000 innbyggere
atett	Andel bostatt i tettbygde strøk
areal	Areal
invbef	Inverse av folketallet

En arbeidsgruppe for prehospitale tjenester har bistått utvalget i klassifisering av sykehus i gruppene lokalsykehus, "sentralsykehus" og "regionsykehus". Reisetid er beregnet fra kommunesenter i kommunen til kommunesenter i kommunen som sykehuset er lokalisert i. Gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner er et veid gjennomsnitt av reisetid til Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, hvor andel av landsfunksjoner (antall) er vekt. Variabelen gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste 20 000 innbyggere ble utarbeidet i forbindelse med Borge-utvalgets arbeid med strukturkriterier for kommunene (NOU 2005:18). Denne variabelen fanger opp ytterlige dimensjoner med bosettingsmønster og reiseavstander som ikke fanges opp av de førstnevnte reisetidsvariablene. Vi har også inkludert andre kjennetegn ved kommunene som sier noe om bosettingsmønster og kommunestørrelse; andel bosatt i tettbygde strøk, areal og befolkningsstørrelse. Variablene er hentet fra SSB sine nettsider.

Resultatet fra analysen er vist i tabell 9.4.

Tabell 9.4 Regresjonsresultater. Analyse av antall oppdrag med luftambulans per 1000 innbygger. Kommuner. Gjennomsnitt 2005 og 2006.

	Koeff	t-verdi	Sig.
Konstant	-4,59506	-0,79	0,4326
a0-18	-0,02168	-0,14	0,8911
a67-79	-0,40568	-1,78	0,0761
a80	0,00338	0,14	0,8917

lokal	0,02216	4,10	0,0000
sentral	0,02026	6,57	0,0000
regional	0,01311	6,36	0,0000
land	0,00276	3,53	0,0005
p20000	0,00008	5,34	0,0000
atett	0,07360	6,41	0,0000
areal	-0,00176	-5,75	0,0000
invbef	1482,45	2,05	0,0405

R^2 justert: 0,781

Antall observasjoner=426

3 Pasienttransport

Vi kjenner ikke til lett tilgjengelig landsdekkende data som gir informasjon om pasienttransport som omfatter både direkteoppgjør og enkeltreiser på lavere nivå enn helseforetaksnivå. Vi har derfor gjort analyser av kostnader per innbygger til pasienttransport på helseforetaksnivå. Kostnadstallene på helseforetaksnivå er hentet fra SAMDATA-prosjektet for 2006 fra SINTEF Helse.

Kostnader per innbygger på helseforetaksnivå er analysert i forhold til kjennetegn ved befolkningen i kommunene i opptaksområdet. Ikke alle helseforetak har ansvar for pasienttransport, og vi har tilrettelagt dataene slik at det er sammenfall mellom helseforetak og geografiske ansvarsområder. Det var i alt 19 helseforetak som hadde ansvar for pasienttransport i 2006.

Kostnader per innbygger på helseforetaksnivå er analysert i forhold til følgende kjennetegn:

a0-18	Andel i befolkningen i alderen 0-18 år i i helseforetaksområdet
a67-79	Andel i befolkningen i alderen 67-79 år i helseforetaksområdet
a80	Andel i befolkningen 80 år og eldre i helseforetaksområdet
lokal	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste lokalsykehus for kommunene i helseforetaksområdet
sentral	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste "sentralsykehus" for kommunene i helseforetaksområdet
regional	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste "regionsykehus" for kommunene i helseforetaksområdet
land	Gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner for kommunene i helseforetaksområdet
rtks	Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter for kommunene i helseforetaksområdet

Som for analysen av luftambulanse er det inkludert fire variabler som fanger opp reisetid til sykehus; altså gjennomsnittlig reisetid til nærmeste henholdsvis lokalsykehus, "sentralsykehus", "regionsykehus" samt gjennomsnittlig reisetid til landsfunksjoner. De regionale helseforetakene har også finansieringsansvar for pasienttransport til primærlege. Det er derfor også inkludert en variabel som fanger opp gjennomsnittlig reisetid til kommunesentret for kommunene i opptaksområdet til helseforetaket. Variabelen er hentet fra SSB sine nettsider.

Resultatet fra analysen er vist i tabell 9.5. I og med at analysen er basert på kun 19 observasjoner er resultatene følsomme for hvordan modellen spesifiseres og hvilke variabler som inngår.

Tabell 9.5 Regresjonsresultater. Analyse av kostnader til pasienttransport per innbygger. Helseforetaksnivå. 2006.

	Koeff	t-verdi	Sig.
Konstant	899,331	0,802	0,441
a0-18	-66,630	-1,936	0,082
a67-79	118,036	1,275	0,231
a80	-14,802	-1,268	0,233
lokal	6,607	2,898	0,016
sentral	0,553	1,390	0,195
regional	1,231	5,279	0,000
land	-0,023	-0,189	0,854
rtks	59,166	3,049	0,012
R ² justert: 0,961			
Antall observasjoner=19			

Analysen av kostnadsforskjeller

1 Datagrunnlag - aktivitets og kostnadsdata

Analysene av forskjeller i kostnader er utført på data for somatikk. Kostnadstallene er basert på regnskapsførte kostnader slik de er rapportert til SSB og siden publisert i SAMDATA. Samlede kostnader består av kostnader relatert til behandling av inneliggende pasienter (inkl. dagpasienter). Kostnader til poliklinisk aktivitet er trukket ut med en antagelse at de polikliniske inntektene dekker halvparten av behandlingskostnadene (jf. SAMDATA). Tilskudd til forskning er også trukket ut.

Aktivitet er beregnet som antall registrerte DRG-poeng. I tillegg er dager over trimpunktet (langtidsliggedager) gitt en DRG-vekt på 0,09 og regnet med i den samlede aktiviteten. I tillegg til at data er tilrettelagt slik at vi har sammenlignbare helseforetak over hele perioden, gir dette gir et avvik mellom de kostnadstall som benyttes her og de som presenteres i SAMDATA.

Det inngår data fra 29 helseforetak, se tabell 10.1. Data har vært tilgjengelige for perioden 2003 til 2006. Dessverre har ikke utvalget hatt tilgang til opplysninger om alle forklaringsvariabler for året 2006. Analysene er derfor basert på årene 2003-2005.

Tabell 10.1 Inkluderte helseforetak.

Helse Sør-Øst	Helse Vest
Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF	Haraldsplass Diakonale Sykehus
Sykehuset Blefjell HF	Helse Stavanger HF
Sykehuset Buskerud HF	Helse Fonna HF
Diakonhjemmet Sykehus	Helse Bergen HF
Lovisenberg Diakonale sykehus	Helse Førde HF
Akershus universitetssykehus HF	
Aker universitetssykehus HF	Helse Midt-Norge
Asker og Bærum sykehus HF	St Olavs hospital HF
Sykehuset Innlandet HF	Helse Sunnmøre HF
Sykehuset Østfold HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Ullevål universitetssykehus HF	Helse Nord Trøndelag HF
Sørlandet sykehus HF	
Sykehuset i Vestfold HF	Helse Nord
Sykehuset Telemark HF	Helse Finnmark HF
Ringerike sykehus HF	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
	Hålogalandssykehuset HF
	Nordlandssykehuset HF
	Helgelandssykehuset HF

2 Forklaringsvariable

Følgende forklaringsvariabler er benyttet i de endelige analysene:

<i>Reisetid:</i>	Gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum i helseforetakets opptaksområde til nærmeste sykehus med akuttberedskap ³⁹
<i>Antall akuttsykehus:</i>	Antall sykehus med akuttberedskap i helseforetaket
<i>Forskning:</i>	Antall forskningspoeng per DRG-poeng – identisk med grunnlaget for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
<i>Assistentleger:</i>	Antall assistentleger per DRG-poeng
<i>Turnusleger:</i>	Antall turnuskandidater per DRG-poeng
<i>Andel poliklinikk:</i>	Polikliniske inntekter i pst. av samlede kostnader ved helseforetaket
<i>Andel langtidspasienter:</i>	Liggedager over trimpunktet som andel av totalt antall liggedager

3 Resultater

Analysene er gjennomført ved bruk av minste kvadraters metode og det er benyttet gjennomsnittlige verdier for årene 2003 til 2005 for alle variablene.

Tabell 10.2 Regresjonsresultater. Kostnadsanalyse for somatikk. Helseforetak. Gjennomsnitt 2003-2005.

	Koeffisient	t-verdi
Konstant	26,402	9,98
Aktivitet	-0,065	-2,19
Reisetid	0,055	4,63
Antall akuttsykehus	0,702	1,76
Forskningspoeng/DRG	1,211	5,10
Assistentleger og turnuskandidater/DRG	1,172	2,04
Andel langtidsliggedøgn	0,673	3,23
Andel poliklinikk	-0,570	-2,12
R2 justert: 0,826		
Antall observasjoner=29		

De estimerte koeffisientene benyttes til å predikere kostnad per DRG-poeng når det tas hensyn til effekten av reisetid alene. Dette innebærer at verdien for alle variable, så nær som reisetid, settes lik gjennomsnittet i utvalget. Reisetid settes lik faktisk reisetid.

Tabell 10.3 viser gjennomsnittlig predikert kostnadsindeks (vektet for sykehusstørrelse) i de fire regionale helseforetakene og gjennomsnittlig historisk kostnad for perioden 2003 til 2005, altså det samme tidsrommet som analysene er basert på.

³⁹ Rikshospitalet og Haraldsplass diakonale sykehus har fått satt reisetid til 0. Analysene er også gjennomført uten disse helseforetakene uten at det ga vesentlig forskjellige resultater.

Tabell 10.3 Kostnadsindekser.

	Historisk kostnad 2003-2005	Predikert kostnad korrigert for reisetid	Utvalgets indeks i %
Helse Sør-Øst	0,99	0,98	0,985
Helse Vest	0,96	0,99	0,980
Helse Midt-Norge	1,02	1,02	1,020
Helse Nord	1,12	1,07	1,095