

De regionale helseforetak

Deres ref

Vår ref
200607941-/JRJ

Dato
31.01.2007

Oppdragsdokument 2007 - Tilleggsdokument vedr. avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2007 til de regionale helseforetak og til Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006-2007) om endringer i statsbudsjettforslaget 2007 med bakgrunn i å redusere sykefraværet.

Det skal innføres en ordning for helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet. De regionale helseforetakene skal iverksette og gjennomføre avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester i tråd med gitte forutsetninger, jamfør også oversendt kopi av notat av 20.12.2006 til partene i arbeidslivet.

Kap. 732 post 79 – avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Formål og målgruppe

Formålet med ordningen er å få syke raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006-2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006-2007), jf. B.innst.S.nr. 15 (2006-2007) er målgruppen personer som er sykmeldte, herunder langtidssykmeldte, og som mottar sykepenges. Det legges til grunn at alle graderinger av sykmeldingsprosent inngår i ordningen. Videre legges det til grunn at det er mest rasjonelt at ordningen omfatter arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldte om de ikke ble omfattet av ordningen, og de som er inne på ordninger/ oppfølging når sykepengeperioden opphører. Det er et krav at de pasientene som omfattes av ordningen med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av den behandlingen som tilbys.

Regionalt samarbeid skal etableres mellom Arbeids- og velferdsetaten, fastlegene/sykmeldende behandlere og de regionale helseforetakene for å identifisere de aktuelle behovsgruppene i de enkelte regioner, jamfør departementets brev av 5. januar 2007. Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til nasjonal koordinering ved å følge med på at

ordningen utvikles og praktiseres i tråd med ordningens formål og intensjon, som er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Videre skal Sosial- og helsedirektoratet tilrettelegge og utføre informasjonsaktiviteter i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten som har det koordinerende ansvar.

Tildeling av midlene

Utgangspunktet er at de regionale helseforetakene totalt kan disponere 374 mill. kroner. Videre er utgangspunktet også at rammen på 374 mill. kroner blir fordelt etter de ordinære kriteriene som brukes ved tildeling av midler til de regionale helseforetakene. Dette innebærer følgende fordeling til de regionale helseforetakene:

Midler til Helse Øst RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Beløp
732	79	Avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester, kan overføres	135 762

Midler til Helse Sør RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Beløp
732	79	Avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester, kan overføres	73 678

Midler til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Beløp
732	79	Avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester, kan overføres	69 564

Midler til Helse Midt- Norge RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Beløp
732	79	Avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester, kan overføres	50 490

Midler til Helse Nord RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Beløp
732	79	Avtaleordning for helse- og rehabiliteringstjenester, kan overføres	44 132

Denne tildelingen innebærer et fordelingssystem hvor hvert regionalt helseforetak i utgangspunktet kan disponere inntil ovennevnte ramme. Tildelingen av midlene til det spesifikke regionale helseforetak er ikke endelig. Den reelle aktiviteten i de regionale helseforetakene vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Dersom det er mindre behov enn bevilgningen skulle tilsi, forbeholder departementet seg retten til og omfordele midlene mellom de regionale helseforetakene eller til NAV-systemet.

Bevilgningen er gjort overførbar.

Utbetalingen til de regionale helseforetakene vil skje i form av A-konto. Departementet vil underveis vurdere A-kontobeløpets størrelse i forholdet til rapportert aktivitet innenfor ordningen.

Bruk av midlene

Det konkrete oppgjøret for hver pasient skal være stykkprisbasert, og skal være basert på de ordinære rapporteringskanaler innenfor de aktivitetsbaserte ordninger (i hovedsak NPR-record og POLK) med en særskilt merking av pasientene i ordningen. Refusjonen skal være om lag 80 pst. refusjon basert på dagens aktivitetsbaserte ordninger (ISF og poliklinikk). Det gjøres oppmerksom på at det ikke utbetales midler som ved de ordinære aktivitetsbaserte ordningene, men at aktiviteten skal kodes på en særskilt måte som vil danne grunnlag for bruken av midlene. I tillegg skal pasientens transportkostnader kostnadsføres gjennom bevilgningen. Administrative kostnader skal ikke kostnadsføres på bevilgningen. Det er kun transportkostnader og kodet aktivitet som danner grunnlaget for inntektsføring av bevilgningen.

Det forutsettes at pasienten i ordningen betaler ordinære egenandeler etter samme regelverk som ved behandling i spesialisthelsetjenesten, derfor vil den totale inntekt bli noe høyere enn tildelingen. Egenandelene vil inngå i frikortordningen på vanlig måte.

Finansiering av tjenester som i dag ikke dekkes av de aktivitetsbaserte ordningene (eks. innleggelse innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) vil bli utviklet av Sosial- og helsedirektoratet i dialog med de regionale helseforetakene, og skal være på plass når ordningen iverksettes. De områdene som i dag ikke har en stykkprisordningen skal ikke nedprioriteres i oppbyggingen og planleggingen som følge av manglende stykkpris.

Styrings- og kontrollsystemer

Det skal så raskt som mulig etableres styrings- og kontrollsystemer som sikrer sporbarhet med hensyn til at midlene brukes innenfor fastsatte kostnadsrammer og i samsvar med ordningens formål. Det skal etableres et system for oppfølging og evaluering av ordningen, der Arbeids- og velferdsetaten gis det overordnede og koordinerende ansvaret for å kunne rapportere samlet på bruken av midlene, blant annet basert på rapportering fra de regionale helseforetakene. I den forbindelse skal det utvikles verktøy for å registrere aktiviteten i ordningen, følge bruken av midlene og måle effekt i forhold til å få sykmeldte raskere tilbake til arbeidslivet. Sosial- og helsedirektoratet legger nå til rette rapporteringssystemene for de aktivitetsbaserte ordninger for å sikre sporbarheten, de regionale helseforetakene vil bli informert på en egnet måte når disse er på plass.

De regionale helseforetakene må etablere systemer som gir kontroll med at midlene brukes i samsvar med ordningens formål og de formelle krav til avtaleordningen. Dette innebærer egen prosjektorganisering med dertil eget prosjektnummer og regnskapsførsel, samt en enhetlig ledelses- og administrativ forankring fra det regionale helseforetak til den spesifikke enhet som inngår i ordningen.

De regionale helseforetakene må selv utvikle hensiktsmessige krav til de ulike tjenesteutøverne for på den måten å sikre at ordningens formål blir oppfylt. Disse kravene bør utvikles i samarbeid med alle regionale helseforetak for på den måten å sikre en ensartet praksis.

Regnskapsføring

Ettersom all aktivitet vedrørende denne ordningen finansieres ved den særskilte finansieringen og ikke gjennom de ordinære finansieringskanaler, skal den registrerte aktiviteten kun benyttes til inntektsføring av disse midlene. Finansieringen er å anse som øremerkede midler som skal benyttes til formålet, og ubenyttede midler skal dermed balanseføres.

For å skille inntekter og kostnader fra den ordinære driften må det i regnskapet opprettes et eget prosjektnummer (-numre) for føring av alle inntekter og direkte henførbare kostnader i forbindelse med denne ordningen. Inntekter føres i tråd med faktisk utført aktivitet (gjelder både DRG og poliklinikkinntekter) multiplisert med den avtalte satsen for de ulike aktivitetstypene. De avtalte satsene antas å dekke alle behandlingsrelaterte kostnader for ordningen med unntak av pasienttransport. Ved føring av slike kostnader må det føres et tilsvarende beløp til inntekt. Dersom det er vanskelig å skille ut regningene fra den ordinære driften, må helseforetaket benytte et beste estimat og dokumentere beregningsmetoden.

Vurderings- og behandlingstjenester til sykmeldte

Forutsatt at pasientene er innenfor målgruppen og formålet for ordningen, skal ikke den sykmeldte bli avvist grunnet sykdommens karakter. Spesialisthelsetjenesten må derfor kunne tilby vurderinger og behandlinger innenfor hele sitt tjenestespekter. Departementet vil presisere at dette ikke gjelder for pasienter som i dag er sikret et raskt behandlingsforløp innenfor den ordinære helsetjenesten.

Det forutsettes at vurderingskapasiteten skal bygges opp ved skjermede polikliniske enheter/opplegg som er spesialiserte for ordningen. Den skjermede vurderingskapasiteten forutsettes å inneholde spesialiserte poliklinikker innenfor ortopedi og poliklinikker innenfor tverrfaglig vurdering.

Bruk av private aktører

Det er innholdet i tjenesten og ikke eierskapet til tjenesten som skal være avgjørende for hvem som skal produsere tjenesten. De regionale helseforetakene vil måtte vurdere hva som gir best effekt i forhold til ordningens formål for å sikre best mulig måloppnåelse. Det forutsettes at de regionale helseforetakene etablerer formell kontakt med de private aktørers organisasjoner for å vurdere hensiktsmessig bruk av disse. Gjennom bruk av kjøpsprosesser administrert av de regionale helseforetakene kan de private aktørene brukes på en målrettet måte til den nye ordningen som nå etableres. Oppgjørsordningen settes etter reelle forhandlinger med virksomhetene. De regionale helseforetakene kan også vurdere å benytte seg av eksisterende avtaler for å sikre at ordningen kommer raskt i gang. Departementet presiserer at det førende skal være bruk av nye anbudsrunder.

De regionale helseforetakene skal rapportere om bruken av disse midlene på samme måte som ved bruk i de offentlige tjenestene. Det må derfor stilles krav til at de private aktørene kan levere informasjon på samme måte som de offentlige.

Pasientbevegelse mellom regionene

Utgangspunktet for ordningen er at det er kun pasienter fra hjemmehørende region som skal komme inn under ordningen.

Det legges derfor ikke opp til at ordinært gjestepasientoppgjør vil inngå i ordningen. Fritt sykehusvalg skal heller ikke inngå i ordningen slik at det ikke vil være mulighet for regionene å kostnadsføre transport mellom regionene på denne bevilgningen. Pasienten har selvsagt mulighet til fritt sykehusvalg, men da må pasienten tre inn i det ordinære pasientforløpet.

Det oppfordres til at de regionale helseforetakene vurderer om det bør gjennomføres regionale arbeidsfordelinger mellom de ulike regionene. Vurderingskriteriet må være om slike løsninger bedre realiserer ordningens formål. Dette må regionene selv avtale, herunder avklare finansieringen. Departementet skal bli underrettet om eventuelt slike regionale avtaler, og det skal klart fremkomme i de månedlige rapporteringene til departementet.

Ved etablering av spesielle tilbud/landsfunksjoner kan det åpnes for at transportkostnader vil bli dekket gjennom ordningen.

Forholdet til prioriteringsforskriften og ”sørge for”- ansvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Det fremkommer i tilleggssavtalen av 6. november til intensjonsavtale av 14. desember 2005 om et mer inkluderende arbeidsliv, at reduksjon i arbeidsgiveravgift for arbeidstakere over 62 år fra 1. januar 2007 er endret fra 4 til 3 prosentpoeng. Partene i IA-avtalen er enige om å omdisponere de gjenstående 3 prosentpoengene i redusert arbeidsgiveravgift til enkelte mer målrettede tiltak for å forebygge sykefravær. Dette er således særskilte midler som er frigjort fra arbeidsgivers medfinansiering av utgiftene til sykepenges, og det følger av avtale mellom partene hva disse pengene skal brukes til.

Partene er enige om å benytte deler av disse midlene til å finansiere helse- og rehabiliteringstjenester fra virksomheter RHFene eier eller har inngått eller inngår avtale med.

Disse midlene som nå stilles til disposisjon for RHFene, kommer således i tillegg til den ordinære finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Midlene skal benyttes til å finansiere tjenester til partene i arbeidslivet for å dekke det behovet partene har definert, og tilbudet må komme i tillegg til den kapasitet RHFene må ha for å oppfylle ”sørge-for” ansvaret etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og pasienters rettigheter i henhold til prioriteringsforskriften.

Det er i tidligere styringsdokumenter for RHFene lagt til grunn at så lenge RHFene oppfyller lovpålagte plikter kan det tilbys tjenester til andre. Dette forutsetter at det er reelt ledig kapasitet, og at den kapasiteten som benyttes ikke ville vært mulig uten den ekstra finansieringen.

At RHFene nå kan disponere inntil en ramme på 374 mill. kroner til tiltak for sykemeldte må således ikke gå på bekostning av tilbudet til andre grupper pasienter. Etableringen av ordningen må ikke forringe det til enhver tid eksisterende helsetilbud til landets øvrige pasienter. For fagområder med påvist knappe ressurser må det gjøres en særskilt vurdering med henblikk på om det er kapasitet til å kunne tilby tjenester til de pasientene som omfattes av denne ordningen.

En gjennomføring av ordningen vil gi et bredere grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes for å få sykemeldte tilbake til arbeidslivet. Ordningen vil dessuten bli evaluert med sikte på hensiktsmessighet, effekt og eventuelle utilsiktede konsekvenser for eksempel i forhold til prioritering av pasienter.

Avklaring av gråsoneproblematikk innen rehabilitering

Det foregår et arbeid som skal avklare gråsoneproblematikk med sikte på at bruken av rehabiliteringstjenester blir mest mulig målrettet i forhold til å bringe sykemeldte raskere tilbake til arbeidslivet. Det holdes tilbake et beløp på om lag 100 mill. kroner i 2007 som fordeles når nødvendig avklaringsarbeid er gjennomført. De ansvarlige departementer prioriterer dette høyt og tar sikte på å ferdigstille arbeidet innen utgangen av februar 2007. Dette dreier seg spesielt om kjøp av institusjonaliserte rehabiliteringstjenester som har arbeid som sitt primære mål.

Rapportering

Det legges opp til månedlige rapporteringer fra de regionale helseforetak til departementet om bruk av denne ordningen. Det legges opp til at hver klinikk/enhet/helseforetak (inkludert private aktører) som inngår i ordningen skal rapportere på et egnet rapporteringsskjema. Rapporteringsskjemaet skal etableres i samråd med de regionale helseforetakene for å finne den mest hensiktsmessige rapporteringen ut fra ordningens formål. Utkast til rapporteringsskjema ble sendt de regionale helseforetakene 25.1.2007 med frist for tilbakemelding 9.2.2007.

Med vennlig hilsen

Cathrine Meland e.f.
avdelingsdirektør

Jan Roth Johnsen
rådgiver

Kopi:

Statens helsetilsyn
Sosial- og helsedirektoratet
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Riksrevisjonen
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon