

Forslag til finansiering av spesialisthelsetjenesten – høringsuttalelse fra styret i Helse Vest RHF avgitt i styremøte 12.03.2003.

I møte mellom de administrerende direktører i de regionale helseforetak er arbeidet med høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling drøftet. Det ser ut til at RHF'ene på de fleste punkter har sammenfallende syn. En har nå likevel valgt å avgi separate uttalelser fra hvert RHF. I høringsuttalelsen fra Helse Vest RHF er det først gitt en innledende oppsummering der de viktigste synspunktene er fremhevet. I de påfølgende er disse synspunkter noe bredere omtalt og argumentasjonsmessig underbygget.

Oppsummering:

Nedenfor er oppsummert Helse Vest RHF's viktigste synspunkter i høringsuttalelsen:

- *Videreutvikling av pasientklassifikasjonssystemer herunder DRG-systemet.* Helse Vest RHF tiltrer utvalgets sterke fokus på videreutvikling av felles pasientklassifikasjonssystemer. Dette innebærer blant annet en utvikling av DRG-systemet til også å omfatte poliklinisk virksomhet. Særlig bør viktigheten av at det utvikles tilfredsstillende pasientklassifikasjonssystemer innen all psykiatrisk virksomhet samt rusomsorgen, i og med at ansvaret for rusomsorgen overtas av Helse Vest RHF fra 2004, poengteres. En videreutvikling av pasientklassifikasjonssystemer bør medføre at faren for at det oppstår uønskede vridningseffekter ved at enkelte pasientgrupper nedprioriteres som følge av manglende aktivitetsbaserte finansieringssystemer, reduseres.
- *Fordeling av "basisrammen" (aktivitetsuavhengige inntekter).* Helse Vest RHF ønsker å poengtere at det anses som viktig at man snarlig foretar en fornyet gjennomgang av objektive kriterier for fastlegging av basisrammen. De kriterier som det her legges opp til i utvalgsinnstillingen kan synes hensiktsmessige. Videre poengteres at det vurderes som formålstjenlig at man tilstreber en snarlig overgang til disse nye objektive kriteriene uten bruk av overgangsregler. Helse Vest RHF ser det som ønskelig at man implementerer de nye kriteriene allerede for budsjettåret 2004 og senest fullt ut for budsjettåret 2005.
- *Valg av hovedfinansieringsmodell for Helse Vest RHF.* Utvalgets mindretall foreslår her en modell som innebærer en videreutvikling/foredling av dagens finansieringsmodell. Helse Vest RHF deler mindretallets vurdering, men

ønsker å poengtere at innen enkelte områder må også denne modellen ytterligere foredles. Dette forslaget innebærer etter vår vurdering en rimelig fordeling av risiko mellom Staten som bevilgende myndighet og Helse Vest RHF som finansieringsansvarlige ovenfor helseforetakene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. En slik finansieringsmodell kan også sies å underbygge Sem-erklæringens ønske om at "Pengene skal følge pasienten" i sterkere grad enn flertallsløsningen. Mindretallsmodellen oppleves også som bedre egnet til å utforme separate insentivordninger for prioriterte grupper.

Helse Vest RHF er kjent med at flere land kan synes å ha hatt gode erfaringer med rammefinansiering av helsetjenester. Rammefinansiering som system kan blant annet minske faren for et overforbruk av helsetjenester. Det bør også påpekes at et rammefinansieringssystem egner seg godt dersom man har en felles organisering av primær- og spesialisthelsetjenesten. Særlig forebyggende helsearbeid kan profitere på en slik felles organisering.

Flertallets innstilling innebærer at man innfører en finansieringsmodell for de regionale helseforetakene med fastsetting av aktivitetskrav og toppfinansiering. Flertallsmodellen legger hovedansvaret for risikoelementet i finansieringsordningen til de regionale helseforetakene. En slik modell vil vanskeliggjøre en aktivitetsbasert finansiering av helseforetakene i og med at de regionale helseforetakene vil måtte forholde seg til noe som kan betegnes som tilnærmet rammefinansiering. (Rammefinansieringen + toppfinansieringen utgjør til sammen den totale disponible rammen for Helse Vest RHF.)

En slik modell vil også etter all sannsynlighet gi betydelige utfordringer relatert til fastsettelse av det aktivitetskravet som skal danne grunnlag for innslagspunktet for toppfinansieringen. Dette kan blant annet medføre at endelige budsjettmessige rammebetingelser først blir kjent et stykke inn i budsjettåret.

- *Finansiering av forskning og undervisning.* Helse Vest RHF stiller seg bak forslaget til at midler relatert til forskning og undervisning fordeles med en andel som en basisbevilgning og en resterende andel fordelt etter aktivitet. Videre stiller vi oss bak den foreslåtte løsningen med videreføring av et samarbeidsorgan mellom universitetet og de regionale helseforetakene. Erfaringer blant annet fra Helse Sør tilsier imidlertid at man bør vektlegge en relativ sterk regulering av virkefeltet for dette samarbeidsorganet.
- *Utvikling av DRG'er for høyspesialisert somatisk virksomhet.* Innstillingen legger opp til et økt fokus på å utarbeide tilfredstillende kostnadsdekkende DRG-vekter også for høyspesialisert virksomhet. De regionale helseforetakene ønsker å understreke viktigheten av dette punktet. Særlig viktig fremstår det for regionsykehusenes virksomhet at også høyspesialiserte DRG'er er basert på kostnadsdekkende DRG-beregninger.
- *Finansiering av privat laboratorie- og røntgenvirksomhet.* Utvalgsinnstillingen bygger på det gjennomgående prinsipp at alle bevilgninger relatert til spesialisthelsetjenesten kanaliseres via de regionale

helseforetakene. Helse Vest RHF kan imidlertid ikke se at det i innstillingen er eksplisitt uttrykt at dette også gjelder utbetaling av trygderefusjoner til den private laboratorie- og røntgenvirksomheten. Helse Vest RHF ser det imidlertid som hensiktsmessig at også disse midlene kanaliseres via Helse Vest RHF. Helse Vest RHF kan da se dette i sammenheng med eget tilbud og organisere felles anbudsrunder med egne og private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Vi ser det imidlertid ikke som hensiktsmessig at Helse Vest RHF også overtar ansvaret for utbetalingen til privat laboratorie- og røntgenvirksomhet relatert til virksomhet som genereres fra primærhelsetjenesten. Dette er en virksomhet der Helse Vest RHF ikke har styringsrett over rekvirentene og der man i enkelte tilfeller kan dokumentere uhensiktsmessig høyt forbruk av tjenester.

- *Finansiering av syketransport.* Utvalget legger opp til at Helse Vest RHF får det finansielle ansvaret for all syketransport herunder også transport knyttet til kommunehelsetjenesten. Det ønskes her poengtert at senere års tallmateriale har vist at disse utgiftene har vist en akselererende utvikling. Helse Vest RHF ønsker derfor å påpeke at det forutsettes at Helse Vest RHF gis et fremtidig tilfredsstillende finansielt grunnlag for å finansiere denne tjenesten.
- *Helse Vest RHF's finansiering av spesialisthelsetjenester.* Utvalget legger opp til at Helse Vest RHF gis autonomi i hvordan de ønsker å finansiere regionens spesialisthelsetjenester. Helse Vest RHF stiller seg bak en slik vurdering. Samtidig skal påpekes at vi ønsker å benytte de pasientklassifiseringssystemer som utvalget legger opp til i vår videre finansiering av helseforetakene. I den anledning kan det også nevnes at flere regionale helseforetak snarlig ønsker å igangsette et arbeid sammen med de underliggende helseforetakene der hensikten er å finne frem til tilfredsstillende aktivitetsbaserte finansieringsordninger for helseforetakenes virksomhet. I dette arbeidet vil det bli fokusert på å utarbeide finansieringssystemer som er forutsigbare og som inneholder de nødvendige stimulanser/insentiver til ytterligere økt fokus på produktivitet og medisinsk effektivitet.
- *Finansiering av investeringer.* Slik Helse Vest RHF oppfatter utvalget har de kun overordnet berørt dette temaet. Flertallet skisserer her imidlertid en finansieringsmodell basert på det de betegner som behovskriterier. Med behovskriterier oppfatter vi at det menes en form for kriterier som også kan betegnes som objektive kriterier. Helse Vest RHF ønsker å tiltre denne modellen.

Helse Vest RHF ønsker også å påpeke at vi ser det som meget viktig at de utarbeidede åpningsbalansene stadfestes i tråd med faktiske verdier og de avskrivninger som dette impliserer.

Nærmere underbygging av de regionale helseforetakenes høringsuttalelse:

Innledningsmessig ønsker de regionale helseforetak å gi uttrykk for at vår vurdering er at utvalget under ledelse av professor Terje P. Hagen har foretatt en grundig

gjennomgang av finansiering av spesialisthelsetjenesten. Utvalgsinnstillingen legger vekt på å beskrive og foreta en overordnet vurdering av dagens finansieringsordninger samtidig med at den på en pedagogisk måte søker å underbygge de forslag til endringer som utvalget fremlegger. Innstillingen legger også vekt på å gi en overordnet beskrivelse av finansieringsordninger i land det er naturlig å sammenligne seg med. Denne informasjonen synes nyttig. De regionale helseforetakene ønsker å poengtere at selv om det er nyanser i våre vurderinger av enkelte av de punktene som innstillingen berører, deler vi svært mange av de vurderingene som utvalget fremlegger.

Høringsuttalelsen, er i tråd med departementets ønske, tilstrebet disponert i den rekkefølge som forslagene fremkommer i innstillingens kapittel 21.

Innledningsvis i kapittel 21 har utvalget valgt å oppsummere de verdier og målsetninger som innstillingen søker å underbygge. De regionale helseforetakene stiller seg bak disse verdiene og målsetningene.

Rolle og myndighet for regionale helseforetak:

Under hovedprinsipp 1 beskrives det som betegnes som det regionale helseforetakets samlede avtaleansvar. Under dette punktet vektlegges blant annet de regionale helseforetakenes overordnede ”sørge for ansvar” ovenfor regionens befolkning. Innstillingen legger vekt på at de regionale helseforetakene har ansvaret for å inngå avtaler med ulike aktører for leveranser av helsetjenester. På lik linje med utvalgets vurdering ser Helse Vest RHF faren for at disse avtalene har et sterkt fokus på økonomiske parametere og et noe begrenset fokus på kvalitetsmessige forhold. Samtlige RHF er klar over denne problemstillingen og har derfor i gjeldene avtaler allerede også tilstrebet å legge vekt på kvalitets-, prioriteringsmessige og bedriftskulturelle forhold. Utvalget legger videre vekt på at de regionale helseforetakene bør stilles fritt i hvordan de ønsker å finansiere helseforetakene. De regionale helseforetakene ser den autonomien som innstillingen her poengterer til å være av avgjørende viktighet for å lykkes i de regionale helseforetakenes arbeid.

Hovedprinsipp 2 går under navnet ”fri prissetting”. De regionale helseforetakene stilles her fritt i hvordan de ønsker å avtalefeste og finansiere tjenester som inngår i det regionale helseforetakets ansvarsområde. Dette prinsippet er også delvis berørt under hovedprinsipp 1. Helse Vest RHF stiller seg bak utvalgets vurdering samtidig som vi ønsker å vektlegge at dette prinsippet ikke bør medføre at engasjementet i å utvikle nasjonale finansieringssystemer for de ulike spesialisthelsetjenestene svekkes. Helse Vest RHF vurderer det som viktig at Helsedepartementet tar initiativ til, og innehar det overordnede ansvaret for at det utvikles gode finansieringsordninger for alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Helse Vest RHF deler også utvalgets vurdering av at det bør tilstrebes å videreutvikle finansieringsordninger basert på diagnoser, behandlingsprogram og behandlingsforløp. Vi ønsker imidlertid også å tiltre utvalgets vurdering av at et slikt finansieringssystem ikke gir optimal effekt i og med at ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten er delt. Dette kan blant annet gi uheldige utslag i at verken primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten i tilstrekkelig grad prioriterer forebyggende helsearbeid. Det kan i den anledning påpekes at vi er kjent med at flere

land har kommet langt i prioriteringen av forbyggende helsearbeid som følge av at man har lagt ansvaret for den samlede helsetjenesten til et nivå/organ.

Under hovedprinsipp 3 beskrives det man har valgt å betegne som behovsbasert finansiering. I utvalgsinnstillingens kapittel 9 er det gitt en bred evaluering av ISF og andre finansieringssystemer innen somatisk sektor. De regionale helseforetakene deler de positive vurderinger som utvalget gir uttrykk for relatert til bruk av ISF og DRG-systemet. Vi tiltrer også forslagene nummerert fra 1 til 3 der det skisseres at all spesialisthelsetjeneste skal benytte DRG-systemet eller de øvrige kode- og klassifiseringssystemer som Staten bestemmer at skal gjelde for sektoren. Det blir videre skissert at det skal være et overordnet statlig ansvar å videreutvikle pasientklassifiseringssystemene (herunder DRG-systemet). Helse Vest RHF ønsker i den anledning spesielt å poengtere viktigheten av at de regelmessige oppdateringene og de endringsrutiner for pasientklassifiseringssystemene som er beskrevet under punkt 3 tas til følge.

Videreutvikling av pasientklassifiseringssystemer:

Forslagene 4 til 8 poengterer viktigheten av at det vektlegges å videreutvikle klassifiseringssystemer som også gir muligheter til å aktivt finansiere poliklinisk virksomhet, virksomhet utøvet av private spesialister, rehabilitering, habilitering, all psykiatrisk behandling samt rusomsorgen. Helse Vest RHF ønsker å poengtere at vi ser dette til å være et svært viktig utviklingsarbeid. Vi har videre med interesse merket oss at utvalget viser til at man i enkelte land begynner å skaffe seg erfaring med å benytte slike klassifiseringssystemer. Helse Vest RHF ser det som viktig at et slik utviklingsarbeid går i regi av et statlig overordnet organ, men ønsker samtidig å poengtere at vi ser det som avgjørende at de regionale helseforetakene trekkes aktivt inn i dette arbeidet. Et aktivt bidrag fra de regionale helseforetakenes side kan være med på å gi en økt innsikt i klassifiseringsutfordringene samtidig som det kan være med på å sikre kvaliteten i det utviklingsarbeidet som skal gjennomføres.

Legemidler:

I utvalgsinnstillingens vurdering av finansiering av legemidler legges det ikke opp til å endre dagens ordninger. Helse Vest RHF stiller seg bak denne vurderingen, men vil på samme måte som det er fremhevet i utvalgsinnstillingen poengtere viktigheten av at DRG-systemet jevnlig må tilpasses bruken av nye legemidler.

Samhandling med primærhelsetjenesten:

Utvalget har i sin omtale av samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten valgt å berøre dette punktet relativt overordnet. Helse Vest RHF stiller seg bak forslagene nummerert fra 8 til 10 som skisserer at spesialisthelsetjenesten bør vektlegge en tett samhandling med primærhelsetjenesten og tilrettelegge for at det kan etableres forsøksordninger for slikt samarbeid. Forslag 10 legger opp til at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter kan videreføres.

Høyspesialiserte funksjoner og kompetansesentra:

De høyspesialiserte funksjonene er i dag sentralisert til et fåtall sykehus gjennom godkjenningsordningen for lands-, flerregionale funksjoner og kompetansesentra. I forslag 11 er den fremtidige finansieringen av disse funksjonene skissert. Helse Vest RHF stiller seg bak forslaget om at det også for disse funksjonene vektlegges å

utarbeide DRG-baserte priser. Helse Vest RHF finner også å kunne stille seg bak ordningen med tildeling av budsjettmidler til kompetansesentra på bakgrunn av utarbeidede årlige budsjetter.

Helse Vest RHF ønsker også under dette punktet å poengtere viktigheten av at det fra statlig side legges vekt på å ivareta få en tilfredstillende regional fordeling av høyspesialiserte funksjoner og kompetansesentra.

Private aktører:

Under punktet private aktører vektlegges at de regionale helseforetakene bør gjennomgå sin virksomhet med sikte på å kunne gjennomføre økt grad av konkurranseutsetting. De regionale helseforetak ønsker å poengtere at vi ser det som ønskelig med en utstrakt grad av likeverdig håndtering av både offentlige og private aktører innen spesialisthelsetjenesten. Helse Vest RHF ser det som viktig både ut fra kapasitetsmessige og konkurransemessige årsaker at man benytter seg av muligheten av å konkurranseutsette deler av helsetjenesten. Helse Vest RHF stiller seg også bak forslaget om de private helsetilbyderne kun har avtaler med de regionale helseforetakene (forslag 12).

Som private helsetilbydere defineres både ideelle sykehus, kommersielt drevne sykehus og de private spesialistene. Forslagene nummerert fra 13 til 15 vektlegger langsiktighet og forutsigbarhet i samhandlingen mellom de regionale helseforetakene og de private aktørene. Helse Vest RHF støtter en slik vurdering.

Kjøp av tjenester i utlandet:

Under utvalgets forslag nummerert 16 og 17 kommenteres blant annet utenlandsbehandling og kjøp av helsetjenester i utlandet. Helse Vest RHF stiller seg bak flertallsinnstillingen som legger opp til at sykehusbehandling i utlandet i sin nåværende form avvikles, og at ansvaret med tilhørende ressurser overføres til de regionale helseforetakene. Helse Vest RHF ønsker i sin vurdering her blant annet å vektlegge at man ved kjøp av helsetjenester over den såkalte utenlandsmilliarden har sett uheldige eksempel både når det gjelder kvalitet og kostnader relatert til kjøp av disse tjenestene.

Helse Vest RHF kan stille seg bak den foreslåtte ordningen ved at et organ utenfor de regionale helseforetakene får som ansvar å finne alternative behandlingssteder. Dette kommer til anvendelse når pasienten ikke har fått behandling innenfor den fastsatte tidsfristen slik det skisseres i forslag 18.

Finansiering av regionale helseforetak.

Utvalget har i sin innstilling lagt til grunn det prinsipp at de regionale helseforetakene gis betydelig autonomi i finansieringen av underliggende helseforetak samt i kjøp av helsetjenester fra andre leverandører. Hovedfokuset i denne innstillingen blir dermed å skissere statens overordnede finansiering av de regionale helseforetakene samtidig med at man lager et rammeverk for hvordan inntektsystemene fra de regionale helseforetakene kan fungere. Innholdet som beskrives under disse kapitlene beskriver de deler av finansieringsordningene som trolig i praksis vil ha størst betydning for de

regionale helseforetakene. På rent prinsipielt grunnlag ønsker Helse Vest RHF å uttrykke at man ser det som viktig at valgte finansieringsløsninger gir nødvendig forutsigbarhet samtidig som de understøtter det regionale helseforetakets utfordringer relatert til gjennomføringen av nødvendige *prioriteringer, funksjonsfordelinger og dimensjonering av helsetjenestene*.

Under forslag 19 går flertallsinnstillingen inn for at finansieringen fra Staten som hovedprinsipp kanaliseres via de regionale helseforetakene. Under innstillingens hovedprinsipp 1; samlet avtaleansvar, og hovedprinsipp 2; fri prissetting, gis de regionale helseforetakene frihet i forhold til inngåelse av avtaler og prissetting ovenfor de leverandører av helsetjenester de ønsker å benytte seg av. En samlet kanalisering av Statens finansiering av spesialisthelsetjenesten via de regionale helseforetakene synes å være en naturlig følge av de forslag som fremsettes under de ovennevnte hovedprinsipper.

Forskning og undervisning:

Under forslagene nummerert fra 20 til 23 beskrives forslagene til organisering av forsknings- og undervisningsfinansiering. Forslag 20 skisserer overordnede retningslinjer for samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene og universitetene som får som hovedoppgave å fordele forskningsmidler. Forslag 22 og 23 skisserer hovedprinsippet for fordeling av basisbevilgningen relatert til forskning og undervisning. Her skisseres det ordninger der deler av disse bevilgningene fordeles basert på forsknings- og undervisningsaktivitet. Helse Vest RHF stiller seg prinsipielt positiv til en aktivitetsbasert finansiering av forskning og undervisning. Det bør imidlertid påpekes at en slik finansiering av forskning kan favorisere sentrale miljøer som gjerne er knyttet opp til et sykehus med regionale funksjoner. Helse Vest RHF ser det som viktig at man også har en forskningsfinansiering som understøtter at det i større grad legges opp til forskning ved de mindre helseforetakene.

Finansiering av syketransport og skyss av behandlingspersonell:

Under forslag 24 foreslås det at skyss av behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesten overføres til de regionale helseforetakene. Forslag 25 innebærer at det finansielle ansvaret for all syketransport overføres til de regionale helseforetakene. . Helse Vest RHF er vel kjent med at utgiftene til syketransport og til skyss av behandlingspersonell har akselerert i de senere år. En sterkere sentralisering av enkelte sykehusfunksjoner som følge av økte kvalitetskrav til tjenesten vil ytterligere medvirke til en slik utvikling. En overføring av denne utgiften til de regionale helseforetakene der det ligger som en forutsetning at denne utgiften i fremtiden kun inflasjonsjusteres, vil medføre at de regionale helseforetakene får tildelt et beskjedent finansielt grunnlag for å ivareta denne tjenesten. Helse Vest RHF vil imidlertid også poengtere at vi ser problemstillingen i dagens finansieringsordning som innebærer at Rikstrygdeverket som tredjepart dekker utgiftene relatert til slik transport. Det kan også synes rimelig at de regionale helseforetakene har et ansvar for disse transportutgiftene i og med at denne type utgifter i betydelig grad påvirkes av den funksjonsfordeling av sykehustjenester som regionen velger å benytte.

Det påpekes at dette forslaget har størst betydning for regionale helseforetak med lang avstand mellom sykehusene og spredt befolkningssammensetning.

Finansiering av investeringer:

Helse Vest RHF vil innledningsmessig poengtere at vi ser det som særdeles viktig at Staten snarlig utarbeider en permanent ordning som skal gjelde for finansiering av investeringer. Endringer relatert til finansieringsordningene knyttet til investeringer var ment å være en av de viktigste banebrytende elementene i overgangen til foretaksstrukturen. Det oppfattes derfor som uheldig at denne finansieringsløsningen p.t. ikke er endelig fastlagt.

Helse Vest RHF ønsker videre på prinsipielt grunnlag å vektlegge at det bør utformes en mest mulig forutsigbar og robust finansieringsordning også for investeringer. Med robust menes også her at finansieringsløsningen utformes på en slik måte at det regionale helseforetaket selv kan gjennomføre også store byggeprosjekter uten at disse må behandles separat av Departementet eller Stortinget. I innstillingens forslag nummer 26 legger flertallet opp til at midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til de regionale helseforetakene. Mindretallet legger opp til at investeringer finansieres delvis gjennom etablerte, volumbaserte refusjonsordninger. Helse Vest RHF har den oppfatning at det i praksis trolig ikke vil være store forskjeller relatert til hvilken modell man her måtte velge. Vi er imidlertid av den oppfatning at en finansiering basert på en behovsjustert ramme trolig over tid gir størst forutsigbarhet, og derfor er å foretrekke. Helse Vest RHF ser imidlertid at det også er momenter som taler for at man kobler finansieringsløsningen for kapitalvarer opp mot utført aktivitet.

Hovedmodell for statens finansiering av regionale helseforetak:

Den statlige finansieringen av de regionale helseforetakene består av en aktivitetsuavhengig og en aktivitetsavhengig andel, hvorav ISF utgjør hovedtyngden.

I kapittel 20 i innstillingen drøftes fordelingskriterier for aktivitetsuavhengige inntekter. Fordelingen av disse inntektene er pt. fordelt til de regionale helseforetakene på bakgrunn av historisk bruk av helsekroner i fylkeskommunene. En slik fordeling er historisk betinget og i stor grad avhengig av den enkelte fylkeskommunes økonomiske situasjon. Helse Vest RHF ønsker derfor å poengtere at vi ser det som meget viktig at det snarlig settes i gang et arbeid for å utforme objektive kriterier for fordeling av aktivitetsuavhengige inntekter gjerne i tråd med de kriterier som det legges opp til i innstillingen. I den anledning tillater vi oss også å poengtere at vi ser det som viktig at en eventuell overgangsperiode til et nytt kriteriebasert system ikke strekker seg lengre enn til budsjettåret 2005.

Når det gjelder den aktivitetsavhengige andelen av finansieringen er utvalgsinnstillingen delt mellom to modeller:

- En modell der det legges til grunn et statlig aktivitetskrav med en toppfinansiering der det settes et tak for statlig finansiering.
- En blandingsmodell som innebærer at dagens finansieringsmodell videreutvikles og der det legges vekt på å videreutvikle aktivitetsrelaterte finansieringsløsninger.

Flertallsinnstillingen foreslår en modell med toppfinansiering som har mye til felles med den toppfinansieringsmodellen som ble prøvet innen somatikken ved samtlige norske sykehus i årene 1993 og 1994. I boks 19.1 i utvalgsinnstillingen er erfaringer

relatert til denne toppfinansieringen beskrevet. Som det fremkommer var erfaringene med denne modellen blandet. Nesten uten unntak opplevde fylkeskommunene som sykehuseiere, at de ikke hadde budsjettmessig dekning for å oppnå den aktivitetsterskelen som skulle til for å utløse den statlige finansieringen.

En modell med toppfinansiering slik den her er beskrevet, gir stor forutsigbarhet i statens overordnede utgifter til spesialisthelsetjenester. Modellen tilfører imidlertid de regionale helseforetakene betydelig usikkerhet i og med at regionene selv må bære utgiftene dersom produksjonen av helsetjenester går over det avtalte aktivitetstaket. Et sterkt fokus på ventetider og rettighetsfesting av disse kan medføre at en toppfinansiering oppleves som et "finansielt knipetak" for de regionale helseforetakene. På den ene side er det et sterkt press for å øke aktiviteten i den hensikt å innfri befolkningens forventninger til ventetider samtidig med at en toppfinansiering kan innebære at man løper en finansiell risiko dersom man kommer over det avtalte aktivitetstaket.

Modellens fordeler er imidlertid at den i tillegg til å sette en øvre grense for statens utgifter til spesialisthelsetjenester også begrenser muligheten for at det skjer en uhensiktsmessig høy produksjon av spesialisthelsetjenester. I de tilfeller der marginalkostnaden ligger under den avtalte stykkprisbaserte delfinansieringen kan det ligge et økonomisk insitament til å behandle pasienter som basert på medisinske kriterier ikke har behov for sykehusbehandling. Helse Vest RHF er kjent med at det i land som praktiserer høy stykkprisandel i finansiering av spesialisthelsetjenester har forekommet eksempel på uhensiktsmessig høy bruk av sykehustjenester.

I kapittel 9 gis det blant annet en bred evaluering av ISF og den øvrige finansieringen av somatikken. Utvalget er av den oppfatning at erfaring med DRG og ISF i finansieringsøyemed er gode. Det fremheves også under dette kapittelet at man ikke kan vise til at denne finansieringsordningen har medført vesentlige negative vridningseffekter. Utvalgsinnstillingen legger videre frem forslag om at det skal utvikles "DGR-lignende" finansieringssystemer blant annet for psykiatrien, noe som igjen skulle bidra til å minske faren for negative finansielt relaterte vridningseffekter mellom somatikk og psykiatri.

Helse Vest RHF ønsker å poengtere at valg av aktivitetsavhengig modell for finansiering av spesialisthelsetjenester er av svært stor betydning for den samlede finansiering av spesialisthelsetjenesten. Vi har forståelse for at staten har et behov for å begrense utgiftene til spesialisthelsetjenester slik flertallinnstillingen med en toppfinansiering kan danne grunnlag for. Strukturen med regionale helseforetak/helseforetak er fremdeles ny. En vesentlig endring av nåværende aktivitetsfinansiering av spesialisthelsetjenester slik flertallet av utvalget foreslår, kan i den fasen helseforetaksreformen nå er inne i, få uforutsatte og uønskede virkninger. Helse Vest RHF er derfor av den oppfatning at inntil man har høstet noe mer erfaring med helseforetaksreformen ikke bør forta fundamentale endringer av hovedprinsippene i driftsfinansieringen av spesialisthelsetjenester. Avslutningsvis ønsker vi imidlertid å påpeke at vi er inneforstått med at dersom kommende evalueringer av finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten skulle vise at det i betydelig grad foregår en overbehandling kan dette kreve overgang til rammefinansiering med aktivitetskrav og begrenset toppfinansiering.