

# **Finansiering av akuttbehandling forskning og utdanning i den offentlige helsetjenesten**

Jon Magnussen

Notat til Helse- og omsorgsdepartementet.  
April 2015.

## **Sammendrag:**

En diskusjon av finansiering av forskning, utdanning og akuttbehandling kan dreie seg både om *nivået* på finansieringen og *utformingen* av finansieringen. I tillegg må man vurdere om og på hvilke områder det er ønskelig med en enhetlig nasjonal modell for finansiering, og om det er områder hvor valg av modell overlates til regionale og/eller lokale helseforetak. Endelig vil valg av finansieringsmodell avhenge av hvilket informasjonsgrunnlag man har.

### **I. Problemforståelse**

Finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap handler *både* om finansiering av hver enkelt av disse aktivitetene *og* om hvordan man i finansiering av pasientbehandling skal ta hensyn til de merkostnadene som følger av disse aktivitetene.

### **II. Nivået er i liten grad spesifisert**

Hvor mye ressurser som benyttes til helsetjenester er et politisk spørsmål. Fordelingen av ressurser mellom spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver kan også, men behøver ikke, besluttes politisk. I dagens modell har man valgt å gi få detaljerte føringer på bruken av tildelte rammer. Finansiering av utdanning skjer gjennom basisrammen til de fire RHF-ene, men beløpet er ikke spesifisert. For forskning er imidlertid finansieringen dels øremerket gjennom en egen post på statsbudsjettet. Finansiering av akuttberedskap skjer også gjennom basisrammen, og det er heller ikke her mulig å si hvor mye ressurser som er satt av til dette.

### **III. Utformingen tar hensyn til regionale forskjeller i kostnadsnivå**

Finansieringsmodellen er på nasjonalt nivå basert på en antakelse om at forskjeller i (blant annet) forsknings- og utdanningsstruktur samt strukturelle forhold vil kunne gi systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene. Disse forskjellene kompenseres derfor opp til det aktivitetsnivået som fullfinansieres gjennom den samlede inntektsrammen. For aktivitet ut over dette nivået kompenseres ikke for kostnadsulempet. Modellen tar dermed høyde for regionale forskjeller i kostnadsstruktur, og sikrer i prinsippet geografisk likhet i finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap.

#### **IV. RHF-ene sine modeller baseres på samme sett prinsipper, men utformingen av modellene varierer**

Selv om alle de fire regionale helseforetakene bygger sine finansieringsmodeller på samme prinsipielle tankegang er det til dels store variasjoner mellom dem i den faktiske utformingen. Det er vanskelig å vurdere størrelsen på enkelte elementene mot hverandre, men det er klart at modellene både kan gi forskjellige rammevilkår for de ulike typene aktivitet og ulike insentiver.

#### **V. Det er store mangler i informasjon om kostnader og ressursbruk**

En gjennomgang av de nasjonale og regionale modeller for inntektsfordeling/finansiering avdekker et bilde av til dels store hull i informasjon den faktiske ressursbruken knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap.

Det finnes ikke systematisert kunnskap om de direkte kostnadene knyttet til praksisundervisning for verken medisinerstudenter eller studenter fra andre helsefag. Det finnes ikke systematisert kunnskap om kostnader knyttet til spesialistutdanning, verken for leger eller annet helsepersonell.

De analyser som er gjort om hvordan kostnadene ved pasientbehandling påvirkes av utdanningsaktivitet avgrenses til spesialistutdanning for leger samt turnuskandidater. Resultatene fra disse analysene er imidlertid svært usikre.

Det finnes kunnskap om de direkte kostnadene knyttet til forskning i helseforetakene fra NIFU-Step. Disse kan knyttes til forskningsårsverk, men i mindre grad benyttes til å beregne enhetskostnad pr forskningspoeng.

De analyser som er gjort om sammenhengen mellom kostnadene ved pasientbehandling og forskningsaktivitet er usikre, noe som også gjenspeiles i store regionale forskjellene både i tolkning av resultatene av disse analysene, og bruk av resultatene i utforming av regionale finansieringsmodeller.

Det finnes lite kunnskap om de direkte kostnadene knyttet til akuttberedskap. Det er i prinsippet mulig å beregne disse gjennom å ta utgangspunkt i utstyrs og bemanningskostnader, men siden de faktiske merkostnadene vil avhenge av kapasitetsutnyttelsen vil dette kunne være informasjon med begrenset verdi.

De analyser som er gjort om sammenhengen mellom struktur (herunder fordeling av akuttberedskap) og enhetskostnader i pasientbehandlingen er usikre. Dette gjenspeiles også både i forskjellene i hvordan de regionale helseforetakene tolker disse analysene, og i bruken av egne strukturtilskudd i de regionale inntektsfordelingsmodellene.

#### **VI. Det er neppe stor fare for systematiske vridninger mellom private kommersielle aktører og offentlige sykehus i dagens modell.**

Det er rimelig å anta at forskning, utdanning og akuttberedskap ikke fører til at *marginalkostnadene* i de offentlige sykehusene avviker systematisk fra tilsvarende kostnader hos private kommersielle sykehus. Bruk av ISF vil dermed kunne baseres på det samme settet priser for private kommersielle som for offentlige sykehus.

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

I regjeringserklæringen («Sundvolden-erklæringen») inngår følgende punkt:

*«Øke ISF-andelen og utrede en forbedret finansieringsmodell for akuttbehandling, forskning og utdanning i den offentlige helsetjenesten, jfr. samarbeidsavtalen.»*

I dette notatet beskrives først dagens prinsipper for finansiering av akuttbehandling, forskning og utdanning. Deretter gis en kort oversikt over tilsvarende finansiering i de andre nordiske landene samt England. Endelig beskrives kort noen utfordringer ved framtidig finansiering av denne aktiviteten.

## 1.2. Avgrensninger og problemforståelse

Forskning, utdanning og akuttbehandling medfører to typer kostnader; *direkte* og *indirekte*. De førstnevnte er knyttet til de ressursene som går med i forsknings-, utdannings- og beredskapsaktiviteten. De sistnevnte er knyttet til merkostnader i pasientbehandlingen som følger av denne aktiviteten. Dette skillet mellom direkte og indirekte kostnader er sentralt i den videre diskusjonen av finansiering av forskning, utdanning og akuttbehandling. Det innebærer at en diskusjon av finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap *både* vil være en diskusjon av hver enkelt av disse aktivitetene *og* en diskusjon av hvordan man i finansiering av pasientbehandling skal ta hensyn til de merkostnadene som følger av disse aktivitetene.

*Forskningsaktivitet* vil bringe med seg følgende kostnader:

- Direkte kostnader knyttet til forskningsinfrastruktur (faste utstyr, fast personell).
- Direkte kostnader knyttet til forskningsprosjekter (personell, medikamenter, mindre utstyr).
- Indirekte kostnader som følge av forskningsaktivitet i form av mer ressurskrevende pasientbehandling, og i noen tilfeller økt omfang av pasientbehandling (eks: utprøvende behandling)

*Utdanningsaktivitet* vil bringe med seg følgende kostnader:

- Direkte kostnader knyttet til praksisundervisning

- Indirekte kostnader som følge av praksisundervisning i form av mer ressurskrevende pasientbehandling
- Direkte kostnader knyttet til videreutdanning (spesialistutdanning)
- Indirekte kostnader som følge av videreutdanning i form av mer ressurskrevende pasientbehandling

*Akuttbehandling* vil bringe med seg følgende kostnader:

- Akuttberedskap (faste kostnader)
- Behandling av «akuttpasienter»

Det er et åpent spørsmål om det er spesielle kostnader knyttet til akuttbehandling ut over de som følger av beredskap. Den innsatsstyrte finansieringen bygger på en forutsetning om at kostnadene knyttet til én type pasientbehandling er uavhengig av nivået på den øvrige pasientbehandlingen. Det antas, med andre ord, ikke å være samdriftsfordeler/ulemper. Det er ikke gjort systematiske studier av dette på norske data, og den internasjonale litteraturen er heller ikke umiddelbart lett og tolke. I det videre vil vi avgrense oss til kostnader ved og finansiering av *akuttberedskap*.

## **2. Finansiering av de regionale helseforetakene (RHF)**

De regionale helseforetakene får (i all hovedsak) sine inntekter gjennom en blanding av behovsbaserte rammer og aktivitetsbasert finansiering. Den aktivitetsbaserte finansieringen er knyttet til ISF ordningen for somatiske pasienter og polikliniske refusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg. I budsjettforslaget for 2015 utgjorde den aktivitetsbaserte delen om lag 23 % av det samlede pasientrettede tilskuddet til de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene mottar i et øremerket tilskudd til finansiering av forskningsaktivitet. Av dette gis 30 % som et fast basistilskudd, mens 70 % fordeles mellom RHF-ene etter deres relative andel av forskningsaktiviteten slik den måles gjennom en rekke indikatorer for forskning. Disse omfatter publikasjoner, avlagte doktorgrader, interregionalt samarbeid om forskning, internasjonalt forskningssamarbeid og tildelinger av eksternt finansiering til forskning fra hhv EU og Norges forskningsråd. Det øremerkede

tilskuddet til kompetansetjenester fordeles som en ramme til hvert RHF. Det gis et "etablerertilskudd" på i underkant av 2 mill kr ved etablering av nye nasjonale tjenester, dette gjelder også nasjonale behandlingstjenester som finansieres gjennom basisrammen.

Et mindre beløp trekkes fra den behovsbaserte delen av inntektsrammen og omfordeles som «kvalitetsbasert finansiering» etter RHF-enes relative score innenfor et sett av nasjonale kvalitetsindikatorer. Tabell 1 viser fordelingen av inntekter for budsjettåret 2015.

De regionale helseforetakene gis et mindre tilskudd (for 2015: 32,8 mill kr) til turnustjeneste for leger og fysioterapeuter. Ut over dette er det ingen øremerket finansiering av de regionale helseforetakenes utdanningsvirksomhet. Fram til og med 2005 ble de regionale helseforetakene tildelt et eget tilskudd til finansiering av praksisundervisning for medisinerstudenter. Tilsvarende kostnader for studenter fra høyskolene ble forutsatt dekket gjennom basisrammen. Fra og med 2006 ble dette tilskuddet (491 millioner kroner i 2006) inkludert i de regionale helseforetakenes basisramme. Dermed finansieres nå alle kostnader knyttet til praksisundervisning av helsepersonell gjennom basisrammen (St prp 1 2005-06). Beløpet er imidlertid ikke spesifisert.

*Tabell 1: Forslag bevilgning spesialisthelsetjenesten 2015, 1000 kr og % (St prp 1 2014-15)*

Spesielle driftsutgifter	19 120	0,0 %
Særskilte tilskudd	676 980	0,5 %
Kvalitetsbasert finansiering	509 845	0,4 %
Basisbevilgning regionale helseforetak	94 699 961	72,3 %
Innsatsstyrt finansiering	29 713 995	22,7 %
Poliklinisk virksomhet mv.	3 634 254	2,8 %
Forskning og nasjonale kompetansetjenester,	1 115 410	0,9 %
Raskere tilbake,	567 694	0,4 %
	130 937 259	100,0 %

Basisrammen til de regionale helseforetakene er den dominerende delen av finansieringen av spesialisthelsetjenesten og utgjør nær 73 % av den samlede bevilgningen. Basisrammen fordeles etter de regionale helseforetakenes størrelse (befolkning) justert for forskjeller i behov og i kostnadsstruktur. En detaljert beskrivelse av prinsippene bak denne modellen

finnes i NOU 2008:2. Kompensasjon for regionale forskjeller i kostnadsnivå motiveres slik (NOU 2008:2, avsn 9.1, min uth):

*Forskjeller i kostnadsnivå kan oppstå pga. strukturelle faktorer, regionale lønnsforskjeller, 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.***

I den nasjonale inntektsmodellen beregnes dermed rammen gjennom tre trinn: Først beregnes de regionale helseforetakenes andel av samlet "behandlingsbehov<sup>1</sup>". Deretter tas det høyde for uforskyldte regionale kostnadsforskjeller, inkludert forskjeller i kostnader knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap. Tabell 2 (tilsvarende tabell 11.1 i NOU 2008:2) viser hvordan dette skjer i praksis:

*Tabell 2. Kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå.*

	Behovsindeks behandling	Kostnadsnivå	Ressursbehov behandling
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

Tabellen leses som følger: Befolkningen i Helse Nord har et anslått behov for spesialisthelsetjenester som ligger 5,8 % over landsgjennomsnittet, mens befolkningen i Helse Vest har et tilsvarende anslått behov som ligger 6,3 % under landsgjennomsnittet. Samtidig er de anslåtte kostnadene ved å levere spesialisthelsetjenester i Helse Nord 9,5 % over landsgjennomsnittet, mens de i Helse Vest er 2 % under landsgjennomsnittet. Dermed anslås det samlede ressursbehovet i Helse Nord å være 15,8 % over landsgjennomsnittet. Tilsvarende vil det anslåtte ressursbehovet i Helse Vest være 8,2 % under landsgjennomsnittet.

<sup>1</sup> Eksklusive prehospitale tjenester



Modellen kompenserer dermed for regionale kostnadsforskjeller i det samlede forventede aktivitetsnivået gjennom den aktivitetsuavhengige delen av samlet finansiering. Dette skjer gjennom at man først beregner fordeling av samtlige inntekter fordelt via statsbudsjettets kap. 732 postene 72-75 samt 76 og 77.

Deretter trekkes så den aktivitetsbaserte finansieringen (statsbudsjettets kap. 732 post 76 – 77) ut av inntektsrammen, etter de regionale helseforetakenes andel av samlet behov for pasientbehandling (kolonne 1 i tabell 2). På denne måten vil inntektsrammene til de regionale helseforetakene inneholde kompensasjon for kostnadsfordeler/ulemper knyttet til *hele* den forventede aktiviteten. Merk at man dermed kompenserer for kostnadsforskjeller knyttet til et «forventet» aktivitetsnivå slik dette følger anslått behov, og ikke for kostnadsforskjeller knyttet til faktisk aktivitet. På denne måten er modellen også robust for endringer i ISF-andelen.

Det sentrale poenget her er at den samlede inntektsrammen til de regionale helseforetakene skal sette dem i stand til å ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og akuttberedskap. Med unntak av det øremerkete tilskuddet til forskning og nasjonale kompetansesentra spesifiseres *ikke* hvor stort dette beløpet er, men regionale forskjeller i merkostnader kompenseres fullt ut gjennom bruk av en regional kostnadsindeks.

Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) gjelder for somatiske pasienter og utgjør knappe 23 % av den samlede bevilgningen. ISF ordningen baseres på pasientklassifiseringssystemet "diagnoserelaterte grupper" (DRG). Her klassifiseres pasienter i grupper som vil være medisinsk og ressursmessig homogene. Til hver gruppe er beregnet en relativ kostnadsvekt. Denne vil beskrive det forventede ressursbehovet for behandling relativt til "gjennomsnittspasienten" som vil ha vekt lik 1. I den innsatsstyrte finansieringen settes så en enhetspris for denne gjennomsnittspasienten. For 2015 er enhetsprisen 41 462 kroner, og ISF-refusjonen utgjør 50 % av denne multiplisert med den tilhørende kostnadsvekten. Det er ingen differensiering mellom helseforetak eller regioner i ISF-refusjonen. Som beskrevet over omfatter imidlertid kompensasjonen for strukturelle kostnadsforskjeller som foretas i den

nasjonale inntektsfordelingsmodellen også ISF-delen av hele (den forventede) aktiviteten i de regionale helseforetakene..

#### Oppsummering:

- Gjennom basisrammen gis de regionale helseforetakene finansiering av forsknings- og utdanningsaktiviteten. Det er en viss øremerking av midler til forskning, men i liten grad til utdanning.
- Inntektsmodellen kompenserer i prinsippet de regionale helseforetakene for regionale forskjeller i kostnader ved pasientbehandling som oppstår på grunn av forskjeller i forsknings- og utdanningsaktivitet.
- Inntektsmodellen kompenserer i prinsippet de regionale helseforetakene for regionale forskjeller i kostnader ved pasientbehandlingen som oppstår på grunn av akuttberedskap.

### **3. Finansiering av helseforetakene**

De fire regionale helseforetakene står i prinsippet fritt til å velge hvordan de vil finansiere sine underliggende helseforetak. Alle RHF-ene har imidlertid valgt interne finansieringsmodeller bygget opp etter de samme hovedprinsippene som den nasjonale modellen, dog med variasjoner mellom RHF-ene i vektlegging og praktisk utforming av de enkelte elementene. Det innebærer at de enkelte helseforetakene får en inntektsramme som dels bestemmes av (det relative) behovet for helsetjenester i befolkningen i opptaksområdet dels av aktivitetsnivået (ISF). Alle fire regionale helseforetak kompenserer for strukturelle forskjeller i kostnadsnivå, men benytter noe ulik tilnærming til denne problemstillingen.

#### **3.1. Finansiering av forskning**

Forskningsaktivitet genererer altså tre typer ressursbruk: For det første vil det være nødvendig med en viss fast infrastruktur knyttet til forskningsaktivitet, både i form av utstyr og av personell. For det andre vil det være ressursbruk knyttet til det enkelte forskningsprosjekt. For det tredje kan forskningsaktivitet føre til at pasientbehandlinger blir mer ressurskrevende, enten fordi pasienter inngår i forskningen eller fordi produktiviteten i pasientbehandlingen faller som et resultat av forskningsaktiviteten. Vi har karakterisert de to første som *direkte* og den siste som *indirekte* forskningskostnader.

Direkte forskningskostnader er, som vi skal komme tilbake til, mulig å måle. Indirekte kostnader er imidlertid betydelig vanskeligere å tallfeste. "Ekstra" ressursbruk knyttet til pasientbehandling kan komme som følge av lengre liggetid, ekstra prøvetaking, bruk av helsepersonell (som ikke lønnes over forskningsprosjektet) i forskningen og lignende. Denne ekstra ressursbruken vil både variere i form og omfang, og være vanskelig å tallfeste. Tabell 3 viser anslag på direkte forskningskostnader for 2013 i hvert av de fire regionale helseforetakene.

Tabell 3: Direkte kostnader til forskning 2013 (Kilde NIFU-step<sup>2</sup>)

	Driftskostnader til forskning (mill kr)	Driftskostnader pr forskningsårsverk (1000 kr)
Helse Sør-Øst	2 092	1 191
Helse Vest	575	1 231
Helse Midt-Norge	213	1 590
Helse Nord	223	1 077
Norge	3 103	1 210

### 3.1.1. Regionale modeller

#### 3.1.1.1. Finansiering av forskningsaktiviteten

Alle fire regionale helseforetakene finansierer deler av den direkte forskningsaktiviteten gjennom tildeling av prosjektmidler fra de regionale samarbeidsorganene. I tillegg vil helseforetakene i varierende grad finansiere forskningen fra egen basisramme og fra andre kilder slik som Forskningsrådet, Kreftforeningen, Extrastiftelsen og EU. Selv om de regionale helseforetakene mottar et øremerket beløp til forskning (jfr. avsn 2, over), finansierer de en høyere forskningsaktivitet enn hva inntektsrammen fra staten over gir rom for. I gjennomsnitt ble i 2013 ca 60 % av den direkte ressursbruken knyttet til forskning finansiert fra helseforetakenes basisramme, mens om lag 25 % ble finansiert av midler fra de regionale samarbeidsorganene. De siste 15 % ble finansiert fra diverse norske og utenlandske kilder (NFR, EU etc). Universitetssykehusene har gjennomgående en mindre andel av sin forskning finansiert via basis (kilde: NIFU-Step, se fotnote 2).

<sup>2</sup> <http://www.nifu.no/files/2014/10/NIFUrapport2014-28.pdf>

### *3.1.1.2. Finansiering av merkostnader i pasientbehandling som oppstår pga forskningsaktivitet*

#### Helse Sør-Øst:

Inntektsmodellen for Helse Sør-Øst er utformet slik at helseforetakene får et fast tilskudd pr forskningspoeng. Tilskuddet har vært basert på et anslag over forventet indirekte kostnad pr forskningspoeng. I 2013 var refusjonssatsen kr 950 000 pr forskningspoeng (Styremøte Helse Sør-Øst, sak 012-2014). Denne inntekten var opprinnelig ment å kompensere for merkostnader knyttet til pasientbehandling som følge av forskning. Fra og med 2015 er imidlertid modellen revidert, og beløpet delt i tre elementer: Et fast beløp og et beløp knyttet til antall forskningspoeng er nå ment å bidra til finansiering av direkte forskningskostnader, mens det siste elementet fanger tilskuddets opprinnelige begrunnelse: merkostnadene ved pasientbehandling. For 2015 er dette beløpet foreslått redusert til 180 000 kroner pr forskningspoeng. Med andre ord antas merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskning i 2015 nå å være 1/6 av det tidligere antatte nivået.

#### Helse Vest/ Helse Midt-Norge / Helse Nord

Inntektsmodellene for de tre andre regionale helseforetakene skiller seg fra modellen i Helse Sør-Øst ved at finansieringen ikke knyttes direkte til antall forskningspoeng gjennom en fast sats. I disse tre RHF-ene inneholder modellen et element som kompenserer helseforetakene for merkostnader som ligger utenfor deres kontroll. Dette gjøres etter samme prinsipp som i den nasjonale modellen og innebærer beregning av et forventet kostnadsnivå for hvert helseforetak. Dette er igjen basert på analyser av samvariasjon mellom kostnadsnivået i pasientbehandlingen og faktorer som kan antas å påvirke disse (se for eksempel Helse Vest, styresak 2012 076B<sup>3</sup>). Forskning er én slik komponent. Analysene tyder på at en økning i relativ forskningsaktivitet<sup>4</sup> gir en klar økning i kostnad pr DRG-poeng. I disse tre RHF-ene gjøres dermed en prosentvis justering av forventet kostnadsnivå basert på forskningsaktiviteten i de årene som danner grunnlag for analysene. Endringer i forskningsaktivitet i forhold til dette nivået får ikke budsjettmessige konsekvenser før man eventuelt velger å justere selve inntektsfordelingsmodellen.

---

<sup>3</sup> <http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Styret/Styresaker/Documents/2012/22.06.2012/>

<sup>4</sup> Målt som forskningspoeng/1000\*DRG-poeng.

Kompensasjon for merkostnader knyttes på samme måte som i den nasjonale modellen til hele basisrammen, og gjelder dermed for all aktivitet som kan finansieres innenfor denne. For aktivitet ut over dette vil helseforetakene få en inntekt tilsvarende refusjonen fra ISF eller polikliniske takster.

De analysene som ligger til grunn for disse modellene skiller ikke mellom direkte og indirekte kostnader knyttet til forskning. De enkelte RHF-ene har derfor valgt å gjøre skjønsmessige justeringer av resultatene fra analysene. Dette fører til at det vil være forskjeller mellom disse tre regionale helseforetakene i hvor sterkt man vektlegger forskning i de interne inntektsfordelingsmodellene. På samme måte som i den nasjonale modellen vil det også for det enkelte helseforetak være vanskelig å tallfeste det faktiske beløpet som skal dekke merkostnader knyttet til pasientbehandling som følge av forskning. I innstillingen fra prosjektgruppen i Helse Vest heter det for eksempel:

- *Forskning (variabelen i kostnadsanalysene, min anm) vurderes å være en vesentlig kostnadsdriver. Den antas både å fange opp helseforetakenes direkte kostnader knyttet til forskning, merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskning, og strukturelle merkostnader knyttet til universitetssykehusoppgaver og regionale funksjoner. Det siste elementet begrunnes i en sterk korrelasjon mellom nivået på forskning og ulike mål på størrelse. I dagens modell er effekten av forskningsvariabelen halvert i forhold til de empiriske analysene; begrunnelsen er dels at det ikke skal kompenseres for direkte forskningskostnader, dels at størrelsen på effekten antas å være følsom for endringer i noen få forskningstunge helseforetak. (referanse fra fotnote 3, s 10),*

### 3.1.2. Oppsummering

- Finansiering av forskningsaktivitet skjer gjennom prosjektfinansiering, med unntak av Helse Sør-Øst som også gir tilskudd til å dekke kostnader til fast forskningsinfrastruktur.
- Alle de fire RHF-ene kompenserer for merkostnader i pasientbehandlingen som følger av forskningsaktiviteten. Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest gjør dette etter samme prinsipp som i den nasjonale modellen. Dette innebærer at man gjør et prosentvis påslag av forventede kostnader knyttet til pasientbehandling som er ment å dekke merkostnadene knyttet til forskning. Størrelsen på dette påslaget varierer

mellom de tre RHF-ene. I Helse Sør-Øst gis en kompensasjon i form av et fast kronetilskudd knyttet til antall publikasjonspoeng.

### **3.2. Finansiering av utdanning**

Utdanningsaktiviteten omfatter praksisplasser for studenter samt etter- og videreutdanning og spesialisering. Denne vil trekke ressurser knyttet til direkte utdanningsaktiviteter som veiledning og studentoppfølging, men kan også påvirke kostnadene ved pasientbehandlingen.

#### **3.2.1. Regionale modeller**

##### Helse Sør-Øst:

Helse Sør Øst finansierer forventede merkostnader knyttet til undervisning gjennom et særskilt tilskudd som er proporsjonalt med helseforetakenes andel av den samlede undervisningsbelastningen. For leger i spesialisering er dette satt til kr 100 000 pr år, for turnuskandidater til kr 200 000 pr år. Fra og med 2013 fordeles også 27,5 millioner kroner mellom helseforetakene etter deres relative andel av undervisningsbelastningen for studenter ved medisin og helsefaglige utdanninger.

##### Helse Nord:

Helse Nord har et eget tilskudd til merkostnader knyttet til undervisning av medisinerstudenter. Dette fordeles etter helseforetakenes andel av den samlede utdanningsaktiviteten og er basert på en analyse av den relative undervisningsbelastningen i hvert studieår. Beløpet som fordeles, 121 millioner, er så pass stort at man i Helse-Nord vurderer at dette også dekker kostnader ved annen type utdanning. Det gis ingen særlig kompensasjon for leger i spesialisering eller turnuskandidater. Dette baseres på at man i analyser av forskjeller i kostnadsnivå ikke kan påvise noen systematisk sammenheng mellom andel leger i spesialisering/turnusleger og kostnad pr DRG-poeng.

##### Helse Vest:

Helse Vest kompenserte fram til 2012 for antatte merkostnader knyttet til utdanning. Dette var basert på analyser av sammenhenger mellom andel turnuskandidater/assistentleger og sykehusenes kostnadsnivå. Disse sammenhengene ble imidlertid vurdert som svært usikre

(jfr. Helse Nord, over), og fra og med 2013 har det i Helse Vest ikke vært foretatt særskilt kompensasjon av eventuelle merkostnader knyttet til utdanning.

#### Helse Midt-Norge:

Det skjer ingen kompensasjon for merkostnader knyttet til utdanning i Helse Midt-Norge. Dette er basert på samme type analyser som i Helse Nord og i Helse Vest<sup>5</sup>, og en antakelse av at *om* det skulle være merkostnader knyttet til utdanning, så er disse likt (proporsjonalt) fordelt mellom helseforetakene. Kompensasjon for eventuelle merkostnader vil i dette tilfellet skje gjennom basisrammen.

#### 3.2.2. Oppsummering

- Helse Sør-Øst og Helse-Nord har begge øremerkede tilskudd til helseforetakene for å dekke kostnader knyttet til undervisning. Det er betydelig forskjell i størrelsen på disse tilskuddene. Dette vil særlig reflektere de utfordringer som er knyttet til å faktisk kostnadsberegne denne aktiviteten.
- Helse Sør-Øst har, som eneste RHF, en finansieringsordning knyttet til spesialistutdanning av leger og turnusleger.
- I Helse Vest og Helse Midt Norge skjer det ingen særskilt kompensasjon for merkostnader knyttet til utdanning. Ingen av helseforetakene diskuterer kostnader knyttet til praksisundervisning, men argumenterer med at forskjeller i andel leger under spesialisering og turnusleger ikke påvirker det relative kostnadsnivået i helseforetakene.

### **3.3. Finansiering av akuttberedskap**

Beredskap er en viktig oppgave for sykehusene. Hvor store ressurser som er knyttet til å opprettholde en beredskap avhenger av i hvilken grad den kan kombineres med løpende aktiviteter. Som eksempel vil det å opprettholde en beredskap i en situasjon hvor kapasiteten kan benyttes til planlagt behandling «i fravær av» ø-hjelps aktivitet åpenbart være mindre ressurskrevende enn en beredskap hvor ressursene "går ledige" i påvente av aktivitet.

---

<sup>5</sup> Se referanse i fotnote 3. Helse Midt Norge benytter samme type analyse, men siden modellen er eldre inngår data fra færre år.

Dermed vil beredskapskostnader avhenge både av hvordan beredskapen er organisert, hvor stort befolkning den skal dekke og hvor personell/utstyrsintensiv den er.

### 3.3.1. Regionale modeller

Alle fire RHF-ene har som prinsipp at helseforetakene skal kompenseres for strukturelle merkostnader, herunder kostnader knyttet til akuttberedskap. Utformingen av de regionale modellene er noe forskjellig, både i forhold til hvordan kompensasjon skjer, hvilke faktorer som antas å fange opp kostnader ved akuttberedskap og avveining av kompensasjon for akuttberedskap mot kompensasjon for andre kostnadsdrivere som forskning og utdanning. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne RHF-ene med hensyn til størrelsen på kompensasjonen.

#### Helse Sør-Øst:

Helseforetakene kompenseres for merkostnader knyttet til struktur gjennom en komponent som fanger opp reisetid til sykehus og forventede merkostnader knyttet til behandling av pasienter med lang reisetid. Som for de andre elementene i modellen i Helse Sør-Øst beregnes et fast tilskudd.

#### Helse Midt-Norge:

Helseforetakene kompenseres for merkostnader knyttet til struktur gjennom de beregnede merkostnadene som er knyttet til reisetid. På samme måte som for forskning gir merkostnadene en endring i forventet kostnadsnivå, og vil dermed være proporsjonale med nivået på pasientbehandling.

#### Helse Vest:

Helseforetakene kompenseres for merkostnader knyttet til struktur – herunder akuttberedskap – gjennom to variable; reisetid og antall akutt sykehus pr helseforetak normert med størrelse. For begge disse antas merkostnadene å være proporsjonale med behandlingsaktiviteten. I tillegg gis det skjønnsmessige tilskudd knyttet til struktur.



### Helse Nord:

Helseforetakene kompenseres for merkostnader knyttet til struktur – herunder akuttberedskap – gjennom to variable; reisetid og antall akuttsykehus pr helseforetak normert med størrelse. Merkostnadene antas å være proporsjonale med aktivitetsnivået. I tillegg gis det skjønnsmessige tilskudd knyttet til struktur.

#### 3.3.2. Oppsummering

- I alle RHF-ene søkes å kompensere for kostnader knyttet til struktur og beredskap. Modellene preges av at det både er vanskelig å operasjonalisere "beredskap" eller "struktur" på en enhetlig måte og at det er vanskelig å beregne hva disse kostnadene faktisk er. Som en følge av dette knyttes finansieringen dermed til indikatorer (reisetid/antall akuttsykehus) som antas å samvarierte med beredskapskostnadene. Også her benytter de regionale helseforetakene betydelig skjønn. Det er også et poeng at ikke alle kostnader knyttet til struktur kommer som en følge av akuttberedskap. I noen tilfeller vil en ønsket struktur kunne gi lavere utnyttelse av kapasitet og dermed høyere driftskostnader uten at dette er knyttet til behovet for en desentralisert akuttberedskap. Dette gjør det ytterligere vanskelig å tallfeste hvor store kostnadene til akuttberedskap vil være.

#### 3.4. **Diskusjon**

Finansieringen av de regionale helseforetakene skal legge forholdene til rette for at de skal kunne utøve sørge-for ansvaret på en slik måte at befolkningen sikres lik tilgang til spesialisthelsetjenester. Dagens modell er derfor utformet med sikte på å sikre at det kompenseres for regionale forskjeller i behov og uforskyldte kostnader. Dette gjøres ved at (regionale forskjeller i) merkostnader til pasientbehandling knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap i prinsippet kompenseres gjennom en regional kostnadsindeks. For aktivitetsnivå som går ut over det som fullfinansieres gjennom basisramme og ISF gis ingen kompensasjon for eventuelle merkostnader knyttet til disse aktivitetene.

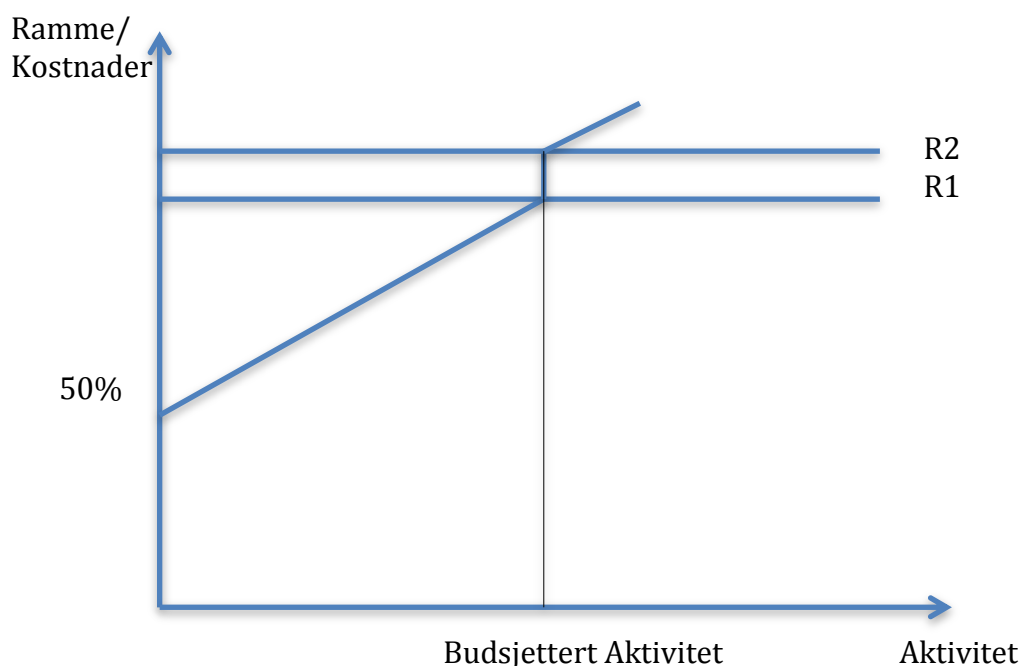
Det er dermed et vesentlig prinsipp ved dagens modell at den kompenserer for *systematiske uforskyldte forskjeller i kostnader ved pasientbehandling* gjennom et samlet prosentvis påslag i inntektsrammen og ikke gjennom et direkte kronetilskudd knyttet til hver aktivitet.

(Unntaket er bevilgningen til forskning og nasjonale kompetansesentra.) I dette påslaget ligger også kompensasjon for andre uforskyldte kostnader, og det er derfor ikke mulig å lese direkte ut fra modellen hvor store kostnader man antar er forbundet med de enkelte elementene.

Utformingen av finansieringsmodellen varierer noe mellom de fire RHF-ene. Grovt oppsummert baseres forskjellene på ulike forutsetninger om hva som bestemmer størrelsen på merkostnadene i pasientbehandling som følge av forskning, utdanning og akuttberedskap.

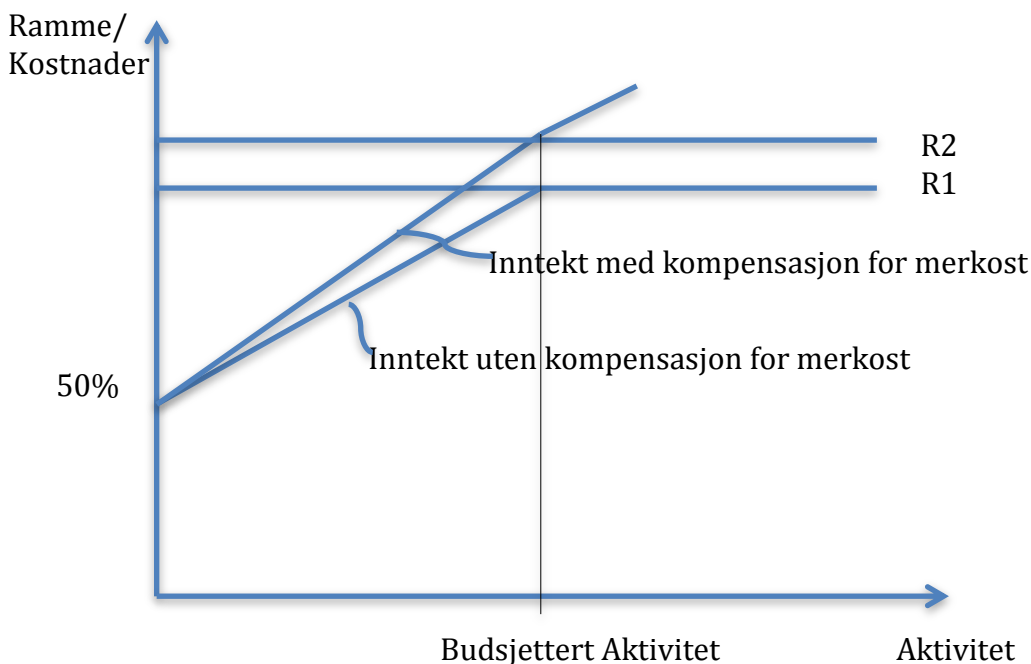
Modellen i Helse Sør-Øst baseres på en antakelse om at forskning, utdanning og akuttberedskap genererer merkostnader i pasientbehandlingen som er proporsjonale med nivået på disse aktivitetene. Til hver aktivitetshet (eller indikator for aktivitet) knyttes så en fast stykkpris. Denne modellen er (forenklet) beskrevet i figur 1.

Helseforetakene vil ha en inntektsramme, R1, som er bestemt av rammedelen (50 %) og ISF-andelen knyttet til den budsjetterte aktiviteten. For å kompensere for merkostnader knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap gis et tilskudd (R2-R1). Dette kan, som i Helse Sør Øst, gis i form av en stykkpris eller også som et rammetilskudd,



Figur 1

Modellene i de andre RHF-ene er lik den nasjonale modellen og fordeler merkostnader knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap ut på hele den aktiviteten som finansieres gjennom inntektsrammen i form av en justering av helseforetakenes kostnadsindeks. Størrelsen på justeringen av kostnadsindeksen vil avhenge av nivået på forskning, utdanning og akuttberedskap. Denne modellen er (forenklet) beskrevet i figur 2



Figur 2

Helseforetakets inntekt bestemmes av rammedelen (50 %) samt ISF-andelen justert med et prosentvis påslag for å kompensere merkostnader knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap. Dermed vil den budsjetterte aktiviteten kreve en ramme, R2. Forskjellen mellom rammen R2 og rammen R1 vil representere de samlede merkostnadene knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap. Dersom aktivitetsnivået blir høyere enn det budsjetterte vil helseforetakene kun kompenseres med ISF-andelen. Her kommer dermed ikke noe påslag for merkostnader knyttet til forskning, utdanning eller akuttberedskap.

Merk at man både i Helse Vest, Helse Midt-Norge og i Helse Nord også gir ekstra rammetilskudd som dels skal dekke struktur, dels utdanning og dels omstillingsutfordringer. Det er derfor også i disse RHF-ene elementer av den modellen som beskrives i figur 1.

De fire regionale helseforetakene har dermed det til felles at de alle kompenserer for merkostnader i pasientbehandlingen knyttet til forhold de enkelte helseforetakene selv ikke kan kontrollere. Når disse modellene skal vurderes er det viktig å ha to forhold i mente:

For det første er dette modeller som *fordeler* inntekter mellom helseforetak. De er dermed utformet slik at de ta hensyn til forhold som kan drive kostnadene og som *varierer* mellom helseforetakene. Det betyr at forhold som kan påvirke kostnadene, men hvor belastningen er den samme i alle helseforetakene ikke vil kompenseres i modellen, men forutsettes finansiert gjennom basisrammen.

For det andre er de endelige modellene et resultat av en prosess hvor faglige analyser er kombinert med skjønn og lokale avveininger. Det er flere forhold som vil påvirke helseforetakenes kostnadsnivå og graden av kompensasjon for disse vil ha fordelingsmessige konsekvenser innen et RHF. I alle RHF-ene skjer derfor en samlet avveining av disse forholdene mot hverandre og opp mot hvilke samlede fordelingsmessige konsekvenser disse har. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne RHF-ene i forhold til *hvor stor kompensasjon* man gir for eksempelvis forskning, utdanning og akuttberedskap.

## **4. Finansieringsmodeller i noen andre land**

I denne delen diskuteres tilnærming til finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap i noen andre land. Vi avgrensner oss i hovedsak til problemstillingen knyttet til finansiering av (mulige) merkostnader i pasientbehandlingen som følger av forsknings- og utdanningsaktivitet i sykehusene og til om det tas særlig hensyn til akuttbehandling. En detaljert gjennomgang av modeller for finansiering av direkte forsknings – og undervisningskostnader ligger utenfor ambisjonen med dette notatet.

### **4.1. England**

I England har man siden 2002/3 benyttet en modell med aktivitetsbasert finansiering ("payment by results, PbR") av pasientbehandlingen. Aktiviteten måles gjennom den engelske varianten av DRG-systemer; "Health resource groups, HRG". På samme måte som i Norge benyttes et system med nasjonale referansepriser. I motsetning til Norge, hvor prisene baseres på gjennomsnittlige behandlingkostnader, skal prisene i England i teorien reflektere

«beste-praksis». Det er noe diskusjon av hvordan disse beregnes, og de baseres dels på data fra sykehus med laveste kostnader og dels på klinisk skjønn<sup>6</sup>. Det ligger ingen særskilt kompensasjon for forsknings- og utdanningsaktivitet inne i de aktivitetsbaserte prisene. Beregningsgrunnlaget er faktiske kostnader, eksklusive kostnader knyttet til forskning og undervisning<sup>7</sup>. For "accident and emergency services (A&E)" er det et eget sett takster. Dette er imidlertid ikke helt parallelt til det vi i Norge betegner som øyeblikkelig hjelp, men en type aktivitet som dels overlapper med det vi ville definert som legevakt. Et eget takstsett begrunnes derfor med at dette er en type aktivitet som ikke faller inn under HRG systemet. For noen pasientgrupper vil refusjonen bestå av flere deler. Dette tilsvarer den modellen som benyttes for noen DRG-er i Norge, hvor deler av refusjonen finansieres basert på antall faktiske liggedøgn.

Det foretas en generell regional justering av HRG prisene gjennom bruk av en lokal kostnadsindeks, "market forces factor, MFF". Denne skal fange opp ikke påvirkbare kostnadsulempere knyttet til regionale forskjeller i lønnsnivå, kapitalkostnader og arealkostnader. Det ligger ikke inne finansiering av strukturkostnader i denne modellen.

#### **4.2. Sverige**

Ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sverige er lagt til läne, og finansieringsmodellene vil dermed variere mellom disse. I grove trekk benyttes tre ulike løsninger: Flere av de største läne benytter DRG-systemet i finansieringsøyemed, i noen av disse inkluderes også psykisk helsevern. Den andre gruppen benytter DRG-systemet til å beregne indekser for pasientsammensetning, som igjen kan benyttes som informasjonsgrunnlag ved fastsetting av rammebudsjetter. Endelig benytter noen län DRG-systemet kun som et grunnlag for gjestepasientoppgjør. Det finnes ikke noe nasjonalt prissystem for DRG-systemet i Sverige, de enkelte län vil dermed kunne regulere prisene slik at man tar hensyn til lokale kostnadsforhold.

---

<sup>6</sup> Se:

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/332217/NationalTariff2015-16\\_EngagementNationalPrices.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/332217/NationalTariff2015-16_EngagementNationalPrices.pdf)

<sup>7</sup> Herunder stillinger for helsepersonell «under training». Disse finansieres på siden av pasientbehandlingen gjennom «Health Education England», se <http://hee.nhs.uk/>

Kostnader knyttet til forskning og undervisning ligger ikke inne i refusjonssatsene i DRG-systemet, men dekkes gjennom direkte tilskudd fra staten til de landstingene som har denne typen aktivitet. Landstingene vil også ha også ordninger som supplerer de statlige tilskuddene.

#### **4.3. Finland**

I Finland settes sykehusenes budsjett etter en forhandling mellom sykehusdistriktet og sykehusene. Et sykehusdistrikt er en sammenslutning av flere kommuner, og Finland består av 21 slike distrikter. Et flertall av distriktene benytter DRG i fastsettelsen av budsjetter, men det er variasjoner både i bruk og i hvilke priser som settes for de enkelte DRG-ene. Prisene vil dermed i mange tilfeller reflektere lokale kostnadsforhold, som også vil innebære kostnader knyttet til beredskap og struktur. Universitetssykehusene får egne tilskudd fra staten for å dekke kostnader knyttet til undervisning og forskning.

#### **4.4. Danmark**

Ansvaret for spesialisthelsetjenester ligger i Danmark på fem regioner. Disse tildeles hvert år et behovsjustert rammetilskudd fra staten. I tillegg finansieres noe aktivitet ut over det avtalte nivået gjennom den såkalte "meraktivitetspuljen". Rammetilskuddet er basert på de samme prinsippene som den fordelingen av inntekter mellom RHF i Norge. Struktur og kostnadsforskjeller ivaretas gjennom en kompensasjon for reisetid til sykehusene.

Hver region kan i prinsippet utforme sine egne modeller for finansiering av sykehusene. Forsknings- og utdanningskostnader dekkes her dels gjennom det enkelte sykehus sitt budsjett, dels gjennom en felles pott som administreres på regionalt nivå.

#### **4.5. Hva skiller Norge fra disse andre landene?**

Finansiering av pasientbehandling, forskning, utdanning og beredskap er i de fleste land en komplisert mosaikk. Det er allikevel et inntrykk at man i Norge har modeller som er mer finmaskede i hvilke forhold man ønsker å kompensere for enn hva tilfellet er i flere andre land. Samtidig har særlig Sverige og Finland modeller med en stor grad av desentralisering av finansieringsansvaret. Dette gir rom for lokale løsninger som i prinsippet kan gi samme type

kompensasjon som det man i Norge forsøker å få til gjennom detaljerte nasjonale og regionale inntektsfordelingsmodeller.

## 5. Prinsipielt om finansieringsmodeller

Finansieringssystemet er ett av flere virkemidler myndighetene kan benytte for å oppnå de målsettinger man har med helsetjenesten. Disse overordnede målsettingene beskrives gjerne som:

- Likeverdig tilgang til nødvendige tjenester- "likhet"
- Høy kvalitet i pasientbehandlingen – "kvalitet"
- Pasientbehandlingen skal skje uten unødig bruk av ressurser – "effektivitet"

I tillegg uttrykkes det gjerne som spesifikke målsettinger for utformingen av finansieringssystemet at det skal være:

- Forståelig og transparent
- Forutsigbart
- Enkelt å administrere

### 5.1. Utforming av finansieringssystemet

#### 5.1.1. Finansiering av pasientbehandling

##### 5.1.1.1 Modeller

I tabell 4 beskrives ulike former for finansiering. Det går et hovedskille mellom modeller hvor inntektsrammen varierer med kostnader og/eller aktivitet og modeller hvor inntektsrammen er fast. Innen hver av disse kategoriene vil så både grunnlaget for betaling og typen betaling kunne variere.

I praksis vil man ha kombinasjoner av disse modellene. Noen eksempler:

Finansieringen av de *regionale helseforetakene* er, som beskrevet i avsnitt 2, en kombinasjon av en ramme ment å dekke befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester (2.2.1) og en aktivitetsdel som knyttes den enkelte behandling (1.2.1 (poliklinikk) og 1.2.3 (ISF)).

Finansieringen av *avtalespesialister* er en kombinasjon av en ramme ment å dekke faste kostnader knyttet til størrelsen på praksisen samt deler av de variable behandlingskostnadene (2.1.1) og en aktivitetsbasert del som er knyttet til den enkelte behandling (1.2.1 og 1.2.3). Finansiering av *private kommersielle* aktører gjennom de regionale helseforetakenes anbudsprosesser gir en aktivitetsbasert kontrakt som er begrenset oppad til et avtalt maksimalt tak på antall behandlede pasienter (1.2.3).

Tabell 4: Oversikt over finansieringsmodeller.

Er inntekten knyttet til aktivitet, kostnader eller resultater?	Hva baseres finansieringen på?	Hva slags type finansiering?
1. Ja (variabel)	1.1 Kostnader	1.1.1 Kostnadskompensasjon
		1.1.2 Fee-for service hvor takstene antas å reflektere kostnader
		1.1.3 Budsjett basert på historiske kostnader
	1.2 Aktivitet, men ikke kostnader (faste priser/takster)	1.2.1 Fee for service
		1.2.2 Per diem
		1.2.3 Per pasient (eks: DRG)
		1.2.4 Per behandlingsepisode ("bundled payment")
1.3 Resultater	1.3.1 Resultatbasert finansiering (inkluderer kvalitetsbasert finansiering)	
2. Nei (fast)	2.1 Periode	2.1.1 Rammebudsjett
	2.2 Befolkning	2.2.1 Geografisk "Capitation" – med eller uten risikjustering
	2.3 Pasienter (på liste)	2.3.1 "Capitation"- med eller uten risikjustering

#### 5.1.1.2. Incentiver i finansieringsmodellene

Ulike finansieringsmodeller vil gi ulike incentiver. Hva effekten av en bestemt finansieringsmodell vil være er allikevel ikke åpenbart, men vil avhenge både av modellens utforming, hvilken kontekst (institusjonell, historisk, kulturell) den inngår i, og utforming av andre helsepolitiske virkemidler. Vanligvis vil man allikevel anta at (*alt annet likt*):

Modeller hvor inntektene baseres på faktiske kostnader (1.1.1-1.1.3) antas å gi incentiver til å organisere og drive *effektivt*. På den andre siden vil denne typen modeller ikke legge store begrensninger på ressursbruken og kan dermed gi muligheter for god *kvalitet*. En



målsetting om lik tilgang til tjenester (*likhet*) vil, under denne typen modeller være avhengig av om fordeling av kapasitet (geografisk og mellom tjenester) reguleres.

Modeller hvor inntektene baseres på faktisk aktivitet (1.2.1-1.2.3) antas å gi sterke incentiver til *effektiv* organisering og drift, og dermed også til høyere aktivitet. Det er allikevel en fin linje mellom høy effektivitet og (for) lav *kvalitet*. En bekymring er derfor at denne typen modeller kan gi incitament til å tilpasse seg med et for lavt kvalitetsnivå. Samtidig vil effekten av denne type modeller være avhengig av hva det betales for. I fee-for-service modeller kan f.eks. resultatet bli at hver tjeneste produseres effektivt, men det kan allikevel gis for mange tjenester i til hver pasient, noe som vil gi lavere effektivitet. På samme måte vil man i ISF systemet kunne ha insentiv til å stykke opp pasientforløpet. I økende grad ser man derfor en utvikling hvor aktivitetsbaserte modeller tar utgangspunkt i pasientforløpet.

Aktivitetsbaserte modeller kritiseres også fordi de kan gi incitament til seleksjon av «lønnsomme» pasientgrupper, noe som kan gi seleksjonsproblemer og igjen utfordringer i forhold til en målsetting om lik tilgang til helsetjenester (*likhet*).

Modeller hvor inntektene varierer med kostnader og/eller aktivitet vil gi større usikkerhet for det nivået som skal finansiere helsetjenesten. Både modeller som baseres på kostnader og aktivitet kan derfor være utfordrende i forhold til en styring av den samlede ressursbruken i helsetjenesten. Alternativt kan man derfor benytte modeller med faste rammer; enten basert på forventet aktivitet (2.1) eller befolknings/pasientgrunnlag (2.2-2.3). Rammebudsjetter antas å gi få incentiver til *effektiv* drift, men vil kunne gi rom for god *kvalitet* i pasientbehandlingen. Samtidig kan høy kvalitet gå på bekostning av tilgjengelighet til tjenester, gjennom lavere volum i pasientbehandlingen. Risikojusterte rammer vil også (i prinsippet) gi *likeverdig* tilgang til helsetjenester. Samtidig vil både faktisk effektivitet, kvalitet og likhet i tilgang avhenge av om rammebudsjettene kombineres med oppfølging, for eksempel gjennom benchmarking, om rammene oppleves som stramme eller romslige og om de oppleves som bindene eller tøyelige.

### 5.1.2. Finansiering av andre oppgaver

For forskning er det naturlig å anta en målsetting om mest mulig forskning av høy kvalitet og nytte for pasientbehandling og organisering av tjenestetilbudet. I tillegg er det et mål i

regjeringserklæringen å øke finansieringen av og tilgangen til utprøvende behandling. Utprøvende behandling bør primært tilbys gjennom kliniske studier for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet, jf prinsipper for utprøvende behandling i Meld St nr 10 (2012-2013). Her vil dermed aktivitetsbaserte modeller som belønner dokumenterte resultater kunne ha gunstig effekt. Nær halvparten forskningsaktiviteten i sykehusene foregår som et samarbeid med universitetene. Det er etablert resultatbaserte finansieringssystemer for forskning både i RHF-ene, UH-sektoren og instituttsektoren. Indikatorene og uttelling for disse er på overordnet nivå søkt samordnet mellom UH-sektoren og RHFene.

Etter foretaksreformen har det vært en markant økning i forskningsaktivitet, flere kliniske studier og høyere aktivitet i de kliniske forskningsmiljøene, særlig ved universitetssykehusene. Klinisk medisin, som også inkluderer forskning ved universitetene, er det største fagfeltet målt i publiseringsvolum og feltet som har høyest siteringsindeks (kvalitetsmål) i Norge (NIFU). En resultatbasert finansieringsmodell åpner også for å innlemme nye økonomiske insentiver for f eks utprøvende behandling (antall pasienter som tilbys utprøvende behandling) eller innovasjon (som insentiv for implementering av ny kunnskap). På den andre siden kan det argumenteres for at forskning er en langsiktig aktivitet med høy usikkerhet, og at stabile rammebetingelser i form av faste budsjetter også vil kunne være gunstige.

Omfanget av utdanningsaktiviteten vil være regulert gjennom antall studieplasser, og dermed antall studenter som kommer inn i systemet. Her er derfor finansieringsordninger som stimulerer til kvalitet og effektivitet viktigere enn finansieringsordninger som stimulerer til kvantitet. Samtidig har man her tradisjonelt vært mest opptatt av modeller som sikrer at institusjonene får dekket sine faktiske kostnader knyttet til utdanning. Incitamentet til utdanningskvalitet har gjerne hatt utdanningsinstitusjonene og ikke helseforetakene som adressat. Finansieringsmodellene har dermed hatt en kompensasjons- og ikke en motivasjonsinnretning.

### 5.1.3. Nærmere om forholdet mellom private og offentlige aktører

Private kommersielle sykehus har ikke det samme lovpålagte ansvaret for å drive forskning og utdanning som de offentlige sykehusene. De regionale helseforetakene kan velge å ivareta

sitt ansvar gjennom avtaler med private institusjoner. Dette skjer imidlertid i liten grad, og finansiering av aktivitet ved private kommersielle sykehus vil derfor kun omfatte pasientbehandling.

Fritt sykehusvalg (og etter hvert fritt behandlingsvalg) gir pasientene frihet til å velge hvor han/hun ønsker å bli behandlet. Dette gjør at sykehusene til en viss grad må konkurrere om å tiltrekke seg pasienter. Pr dato reguleres omfanget av behandling hos private av de regionale helseforetakene. Når volumet er bestemt konkurrerer de private sykehusene seg i mellom om kontrakter med de regionale helseforetakene. Implisitt vil imidlertid de regionale helseforetakene kunne vurdere hvorvidt det er rimeligere å benytte private sykehus enn egne helseforetak. På denne måten kan man argumentere om at (den indirekte) trusselen om å sette ut en større andel av aktiviteten til private kan virke skjerpende på de offentlige sykehusene. Disse kan imidlertid ikke konkurrere på pris, men gjennom å levere et større overskudd til sin eier (RHF-et), alternativt øker aktiviteten innen de rammene som er tilgjengelig.

Spørsmålet er da om de offentlige sykehusenes lovpålagte oppgaver knyttet til forskning og utdanning, samt (de eventuelle) merkostnadene knyttet til akuttberedskap gjør det vanskeligere for dem å konkurrere med de private sykehusene? Dette vil være et sentralt spørsmål ved utforming av modeller for finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap.

## **6. Utfordringer ved revisjon av modellen for finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap/behandling**

En diskusjon av finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap vil altså *både* være en diskusjon av finansiering av hver enkelt av disse aktivitetene *og* en diskusjon av hvordan man i finansiering av pasientbehandling skal ta hensyn til de merkostnadene som følger av disse aktivitetene.

## 6.1. Dagens modell og (eventuell) motivasjon for en endring

Som redegjort for i avsnittene 2 og 3 ligger det både i den nasjonale og i de regionale modellene for finansiering av spesialisthelsetjenesten *i prinsippet* inne en finansiering av merkostnader i pasientbehandlingen knyttet til både akuttbehandling (beredskap), forskning og utdanning. Dels skjer dette gjennom basisrammen, dels gjennom kompensasjon for regionale og lokale forskjeller i kostnadsnivå.

Den statlige modellen for finansiering av forsknings- og utdanningsaktiviteten er som beskrevet i avsnitt 2 basert på en blanding av aktivitet og ramme for forskningsaktiviteten, og på et (uspesifisert) rammetilskudd for utdanningsaktiviteten. Regionale forskjeller ivaretas gjennom de regionale kostnadsindeksene. En endring av dagens modell kan motiveres ut fra:

- i) Ønske om å endre insentivene i forhold til dagens modell.
- ii) Ønske om en sterkere grad av nasjonal samordning av modeller for finansiering av forskning, utdanning og akuttberedskap.

Formålet med dette notatet har verken vært å evaluere effektene av dagens modell, eller konkret å foreslå endringer. Basert på de beskrivelsene som er gitt i avsnittene foran kan vi allikevel skissere noen utfordringer det kan være ønskelig å forfølge videre i mer detalj. Disse utfordringene handler om tilgjengelige data (1 og 2), finansiering av merkostnader ved pasientbehandling (3-5), finansiering av forskningsaktiviteten (6 og 7), og mulige vridningseffekter mellom private kommersielle og offentlige sykehus (8).

### 6.1.1. Usikker kunnskap om hvordan forskning, utdanning og akuttberedskap påvirker kostnadsnivået ved pasientbehandling

Vi har begrenset kunnskap om på hvilken måte og i hvor stor grad forskning, utdanning og akuttberedskap påvirker kostnadene ved pasientbehandlingen. Dette reflekteres i den nasjonale modellen ved at man der lar store deler av kostnadsindeksen baseres på historiske kostnader. I Helse Sør-Øst har denne usikkerheten gitt seg utslag i til dels store variasjoner i de beløpene man har benyttet til å kompensere helseforetakene for merkostnader knyttet til forskning. Selv om de tre andre RHF-ene baserer sine modeller på (til dels) samme analyser av forholdet mellom forskning, utdanning, akuttberedskap og kostnadsnivå er det også her

store forskjeller i hvordan man tolker de empiriske analysene som ligger til grunn for de regionale kostnadsindeksene. Usikker kunnskap om forholdet mellom forskning, utdanning og akuttberedskap og kostnader til pasientbehandling gjør det vanskeligere å utforme gode finansieringsmodeller, og kan også bidra til å svekke modellenes legitimitet.

1. *Det er behov for en bedre forståelse av hvordan forskning, utdanning og akuttberedskap påvirker kostnadene ved pasientbehandlingen.*

#### 6.1.2. Manglende kunnskap om faktisk ressursbruk

Man har etter hvert, gjennom rapportering fra NIFU-Step, opparbeidet seg god kunnskap om helseforetakenes bruk av ressurser til forskning. Tilsvarende kunnskap om ressursbruk knyttet til utdanning og beredskap eksisterer imidlertid ikke. Begge disse aktivitetene finansieres i dag gjennom inntektsmodellenes rammedel, men uten at beløpets størrelse spesifiseres. God kunnskap om faktisk ressursbruk er viktig, både for å vurdere om finansieringsnivået er tilstrekkelig, om det er store lokale eller regionale forskjeller og om det er mulig å endre ressursbruken gjennom en mer (eller mindre) aktiv bruk av insentiver.

2. *Det er behov for en bedre forståelse av hvilken ressursbruk som knyttes til utdanning og akuttberedskap i helseforetakene.*

#### 6.1.3. Avveining mellom en finmasket og en enkel finansieringsmodell

Både den nasjonale og de regionale modellene for fordeling av inntekter bygger på prinsipper som er ment å være intuitive og forståelige. Allikevel kan det være vanskelig å gjennomskue hvordan og i hvilken grad både regionale og lokale helseforetak kompenseres for merkostnader knyttet til forskning, utdanning og akuttberedskap. Dels skyldes dette manglende kunnskap om faktisk ressursbruk (jf. 6.1.2), dels hvordan modellen er utformet. I den nasjonale modellen og (i stor grad) i modellene i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord er kompensasjon for forskjeller i merkostnader knyttet til pasientbehandling ”pakket inn” i en generell kostnadsindeks. Både grunnlaget for denne og det faktum at den baseres på ulikt skjønn kan redusere modellenes transparens i forhold til sammenhengen mellom de enkelte typene aktivitet man utfører og de inntekter man mottar. Modellen i Helse Sør-Øst er

i så måte mer transparent gjennom finansieringen her knyttes direkte til de enkelte aktivitetstypene.

3. *Store regionale forskjeller i skjønnanvendelse og til dels utforming av modell gjør dagens modeller mindre transparente enn hva som kunne være ønskelig. En mulig løsning, både på nasjonalt og regionalt nivå, vil være å benytte en tilnærming som i Helse Sør-Øst hvor finansieringen knyttes tettere mot de enkelte aktivitetstypene. Det bør vurderes om, og eventuelt i hvilken grad, man ønsker å harmonisere finansieringsmodellene mellom de regionale helseforetakene.*

Samtidig er det viktig å være klar over at også andre forhold enn forskning, utdanning og beredskap vil kunne påvirke kostnadene ved pasientbehandling, og derved vurderes innlemmet i en finansieringsmodell. Dette kan være forhold som størrelse, aktivitetsbredde, beliggenhet, pasientsammensetning som ikke fanges opp gjennom DRG-systemet, regionale arbeidsmarkedsforhold etc. En finansieringsmodell som knytter et fast beløp til samtlige forhold som kan påvirke kostnadene ved pasientbehandling vil bli svært finmasket og kreve både et detaljert datagrunnlag (som i liten grad er tilstede i dag), og en forutsetning om at de ulike kostnadsdriverne er gjensidig uavhengige. Dette forholdet gjenspeiles også i det inntrykket man får av at flere andre land har finansieringsmodeller som er mindre finmaskede enn de norske.

4. *En finansieringsmodell, slik man benytter i nasjonalt, i Helse Vest, i Helse Midt Norge og i Helse Nord, hvor det kompenseres for samtlige kostnadsdriverne gjennom én (lokal eller regional) kostnadsindeks er enkel å vedlikeholde.*

Hvilken løsning man velger (pkt 3 eller pkt 4) vil avhenge av hvilken avveining man gjør mellom transparens og enkelhet. De faglige utfordringene knyttet til å etablere en empirisk sammenheng mellom de ulike kostnadsdriverne (enkeltstående eller samlet) og kostnadene ved pasientbehandling vil være like i de to alternativene.

#### 6.1.4. Endret dynamikk i finansieringsmodellene

Både den nasjonale og de regionale modellene i Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord knytter kompensasjon for merkostnader i pasientbehandlingen til struktur, nivå på utdannings- og forskningsaktivitet på det tidspunktet analysene som ligger til grunn for finansieringsmodellene ble utført. Det gir en forutsigbarhet for sektoren, men gjør at kostnader som skyldes en økning i aktivitetsnivået ikke dekkes. I Helse Sør Øst knyttes inntektene direkte til forsknings- og utdanningsaktivitet og akuttberedskap, og denne modellen er derfor fleksibel i forhold til endringer.

5. *Det er behov for en vurdering av hvor ofte de parameterne som inngår i finansieringsmodellene skal oppdateres. I dag skjer dette årlig for den behovsbaserte delen og for den ISF og taktsbaserte finansieringen, men langt sjeldnere og ikke koordinert for kostnadsdelen.*

#### 6.1.5. Økt bruk av resultatbasert finansiering av forskning?

diskusjon av finansieringsmodeller er det altså viktig å skille mellom finansiering av pasientbehandling og direkte finansiering av forskningsaktivitet, utdanningsaktivitet og akuttberedskap. Den statlige finansieringen av forskningsaktivitet ble vurdert i NOU 2008:2. Her konkluderte man med at en videreføring av den eksisterende modellen med en blanding av rammetilskudd og aktivitetsbasert finansiering var ønskelig. Samtidig er det opp til det enkelte RHF i hvilken grad man ønsker å finansiere forskning ut over den inntekt man får gjennom den nasjonale inntektsmodellen. I HelseOmsorg21 forslås at man skal prøve ut en ordning hvor ISF-refusjonen økes for å sikre deltakelse og inkludering i kliniske studier. Tilsvarende ordninger har også vært diskutert for å øke omfanget av klinisk forskning i allmennpraksis.

Dersom hensikten med forslaget fra HelseOmsorg21 er å sikre at sykehusene blir kompensert for merkostnader i pasientbehandling som følger av klinisk forskning kan det argumenteres for at en slik kompensasjon allerede finner sted, jfr diskusjonen over. Det er imidlertid to vesentlige forbehold knyttet til dette argumentet. Både den nasjonale modellen og de modellene som benyttes i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord baseres på et historisk nivå på forskningsaktiviteten. Økt forskningsinnsats vil bare gi høyere inntekter når

inntektsmodellene revideres for å reflektere dette. I Helse Sør-Øst vil inntektene kun øke når (dersom) forskningsaktiviteten resulterer i publikasjonspoeng.

I dagens modeller ligger dermed ikke noe insentiv til å øke forskningsaktiviteten ut over det nivået som kompenseres gjennom gjeldende kostnadsindeks.

6. *En justering av ISF-satser for å stimulere til å inkludere pasienter i klinisk forskning vil være et insentiv til slik forskning, men vil samtidig velte (deler) av kostnadene over på staten. Det må derfor vurderes både hvor det økonomiske ansvaret for en økt satsing på klinisk forskning skal ligge, og i hvilken grad en slik økning kan oppnås gjennom andre virkemidler. Ett slik virkemiddel kan være å endre den resultatbaserte komponenten i det statlige tilskuddet til forskning. Siden den resultatbaserte delen kun bestemmer den relative fordelingen av et fast beløp mellom RHF-ene vil dette ikke gi økt finansiering av forskning, men gi insentiver til en vridning av forskningsaktiviteten mot kliniske forskning.*

#### 6.1.6. Forholdet mellom helseforetakene og UH sektoren

Vi har i dette notatet ikke diskutert forholdet mellom forskningsaktiviteten i helseforetakene og i universitets- og høyskolesektoren. Det er imidlertid en stor grad av overlapp i forskningen mellom de to sektorene, både i form av personell og i forhold til hvilken organisatorisk tilknytning man velger for forskningsprosjektene. I Norges forskningsråd sin oppfølging av evaluering av medisinsk og helsefaglige miljøer<sup>8</sup> påpekes nødvendigheten av å harmonisere insentivene mellom UH –sektoren og helseforetakene.

7. *I en eventuell endring av den direkte forskningsfinansieringen bør man også se hen til det pågående arbeidet med endring av finansieringsmodell i UH sektoren.*

---

8

[http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Vil\\_gjennomfore\\_strukturelle\\_endringer/1253990692810/p1174467583739?WT.ac=forside\\_nyhet](http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Vil_gjennomfore_strukturelle_endringer/1253990692810/p1174467583739?WT.ac=forside_nyhet)



#### 6.1.7. Forholdet til aktører uten ansvar for forskning, utdanning og akuttberedskap

En finansieringsmodell bør være utformet slik at den ikke gir uønskede vridningseffekter. Eksempler på slike effekter vil kunne være seleksjon av lønnsomme pasientgrupper innen sykehusene eller ulike konkurranseforhold mellom sykehus.

For å unngå denne type vridninger må finansieringssystemet i så stor grad som mulig være kostnadsnøytralt. Dette innebærer at forholdet mellom (marginal)inntekt og (marginal)kostnad bør være likt for ulike typer aktiviteter og mellom ulike typer sykehus. Det ligger utenfor dette notatets formål å diskutere hvorvidt ulike finansieringsmodeller gir incentiv til seleksjon av lønnsomme pasient(grupper). Det er imidlertid av interesse å vurdere hvorvidt ulike utforminger av finansieringen av de tre aktivitetene forskning-, utdanning og akuttberedskap gir uønskede vridninger mellom offentlige sykehus hvor disse aktivitetene er lovpålagte og private kommersielle aktører som ikke driver denne typen aktiviteter.

På kostnadssiden er dette et spørsmål om (marginal)kostnaden ved pasientbehandling vil avhenge av nivået på forskning, utdanning og akuttberedskap eller ikke. Vi har argumentert for at man i dagens finansieringsmodell – i prinsippet – finansierer slike merkostnader opp til det planlagte (budsjetterte) aktivitetsnivået. Det er i dagens finansieringsmodell ikke lenger noe tak på aktiviteten ved de offentlige sykehusene. Ved innføring av fritt behandlingsvalg vil dermed både offentlige og private aktører kunne ønske å øke aktiviteten. Spørsmålet er derfor hva som skjer med kostnadene når aktiviteten økes. Anta at man ved en avdeling driver en viss forskningsaktivitet. Det er nærliggende å anta at de merkostnader dette gir i pasientbehandlingen i hovedsak er knyttet til de pasientene som inngår i forskningsprosjektet. I så fall vil (marginal)kostnaden ved en aktivitetsøkning ikke påvirkes av at det skjer forskning ved avdelingen<sup>9</sup>. Eventuelle kostnadsforskjeller mellom privat og offentlig virksomhet vil da være knyttet til forskjeller i effektivitet, og ikke til at man det ene stedet driver forskning.

---

<sup>9</sup> Med mindre disse pasientene inngår i et forskningsprosjekt, i hvilket tilfelle dette vil bli kompensert.

For utdanningsaktiviteten er det også nærliggende å anta at merkostnadene ved pasientbehandling avhenger av omfanget av utdanningsaktiviteten. Dermed vil også her (marginal)kostnaden i prinsippet ikke være forskjellig i offentlige og private sykehus.

Endelig vil, som vi har diskutert over, merkostnader ved akuttberedskap være faste kostnader, og heller ikke i dette tilfellet vil det være grunnlag for forskjeller i (marginal)kostnad mellom offentlige og private sykehus.

Gitt disse forutsetningene er det dermed – i prinsippet – ikke forhold som tilsier at det i prissystemet er behov for å kompensere de offentlige sykehusene for merkostnader knyttet til forskning, ut over det som allerede gjøres i eksisterende modeller. Dette innebærer med andre ord at kompensasjonen skjer «utenfor» ISF systemet.

8. *Det er allikevel grunn til å gjøre et arbeid for å verifisere at de dokumenterte merkostnadene ved forskning og utdanning ikke også påløper for aktivitet ut over det som er planlagt ved fastsettelse av aktivitetsrammen.*