



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Tone Hobæk
konst. avdelingsdirektør
Spesialisthelsetjenesteavdelingen/HOD

18. mars 2019

Jeg skal snakke om

- Oppdragsdokumentet
- Regjeringserklæringen
- Budsjett og årsresultat
- Finansiering
 1. Basisbevilgningene
 2. Aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og lab/rad)
 3. Andre tilskudd
- ABE-reformen
- Utviklingsarbeid framover

Helse- og omsorgsdepartementet

HELSE  NORD

HELSE  MIDT-NORGE


HELSE  VEST

HELSE  SØR-ØST



HELSETILSYNET

 HelseDirektoratet

 Direktoratet for e-helse

RHFene styrer HFene. Ingen direktelinje fra HOD til HF

Oppdragsdokumentet til RHFene

- Stiller Stortingets bevilgning til disposisjon
- Angir mål og oppgaver som stilles i tilknytning til midlene
- Utgjør sammen med foretaksmøtene departementets innholdsstyring av de regionale helseforetakene



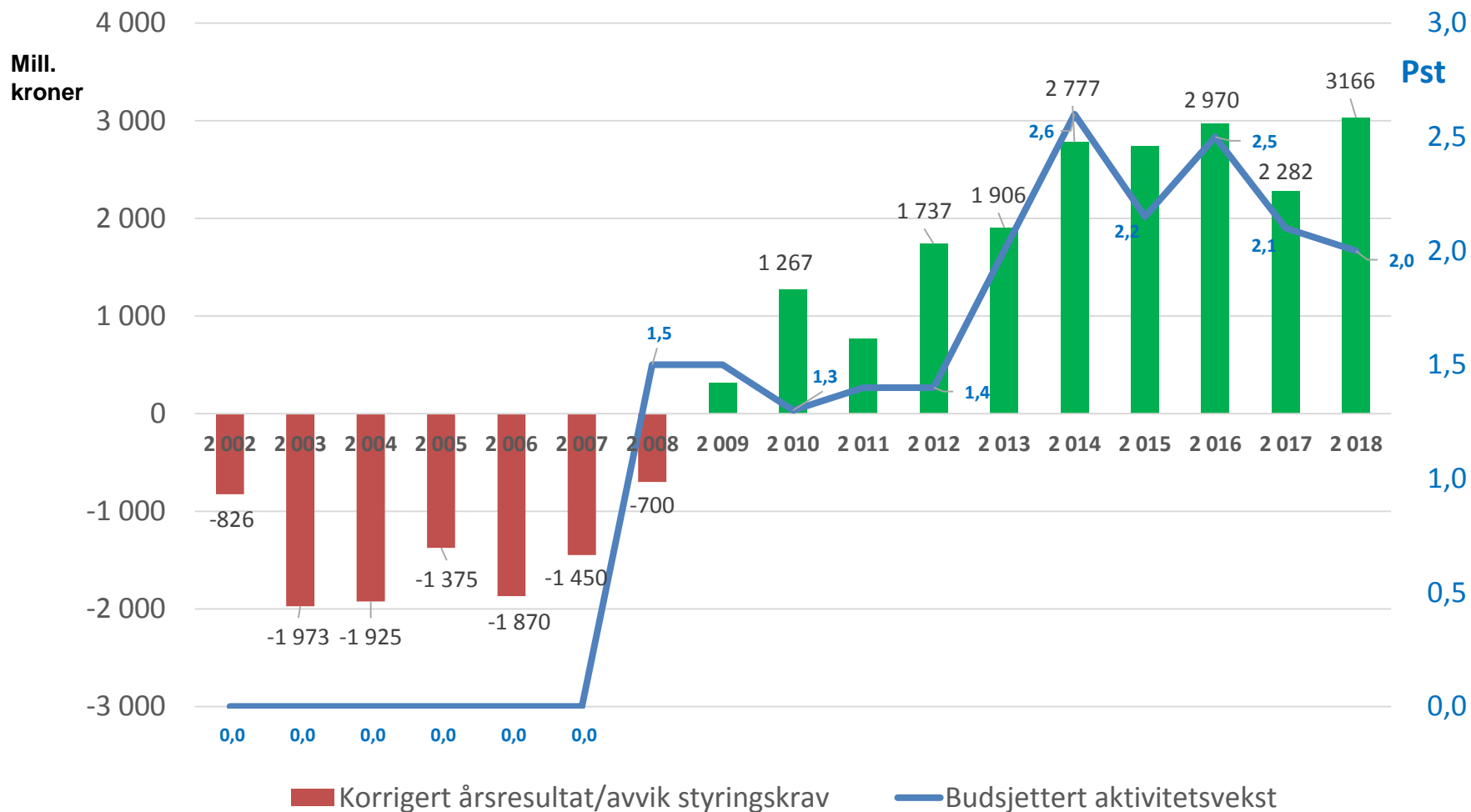
Innholdet i oppdragsdokumentet bygger blant annet på:

- Regjeringserklæringen
- Årlig budsjettproposisjon til Stortinget

Granavoldplattformen - finansiering

- At avtalespesialistene skal kunne rettighetsvurdere pasienter, delta i utdanning av nye spesialister og omfattes av ISF
- Legge til rette for ny helse- og velferdsteknologi og nye arbeidsmetoder ved å gjøre finansieringsordningene steds- og teknologinøytrale
- Etablere økonomiske insentiver som sikrer at sykehusene rapporterer fullverdige tall til kvalitetsregistre
- Videreutvikle aktivitetsbasert finansiering til å omfatte mer sammenhengende pasientforløp og videreføre 50 prosent aktivitetsbasert finansiering

Budsjettert aktivitetsvekst og årsresultat. 2002-2018



Utbetaler 150 mrd. kroner til RHFene i 2019. I tillegg lån til investeringer og driftskreditter

• Basisbevilgningene (ramme)	99 mrd. kr
• ISF	38 mrd. kr
• Lab/rad undersøkelser	3 mrd. kr
• Refusjon mva	7 mrd. kr
• Forskning og nasj kompsenter	1 mrd. kr
• Kvalitetsbasert finansiering	0,5 mrd. kr

Og refusjoner direkte fra Helfo til privat lab/rad og avtalespesialister 3 mrd. kr

Inntekter pasientbehandling

	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB
Innlagte (dag/døgn)	Ramme 50% ISF 50%	Ramme 100%	Ramme 100%
Poliklinikk	Ramme 50% ISF 50%	Ramme ISF	Ramme ISF

- Basisbevilgningene

Fordeling av basisbevilgningen (rammen) på 99 mrd. kroner



- Størrelsen på sekken er politisk bestemt
- Skal understøtte sørge for-ansvaret. Tilskuddene fra staten utbetales til RHF som fastsetter budsjett til det enkelte HF
- RHF bruker egen modell med tilpasninger for lokale forhold når de fordeler ned til egne helseforetak og private ideelle

Historien tilbake til 2002

2002-2004

- Fordeling basert på fylkeskommunenes kostnader i 1999 og Rikshospitalet og Radiumhospitalet

2005-2008

- Fordeling basert på 50 pst. fordeling i 2003 og 50 pst. Hagenutvalgets forslag (NOU 2003:1)
- Skjevfordelingsdebatt

2009-2019

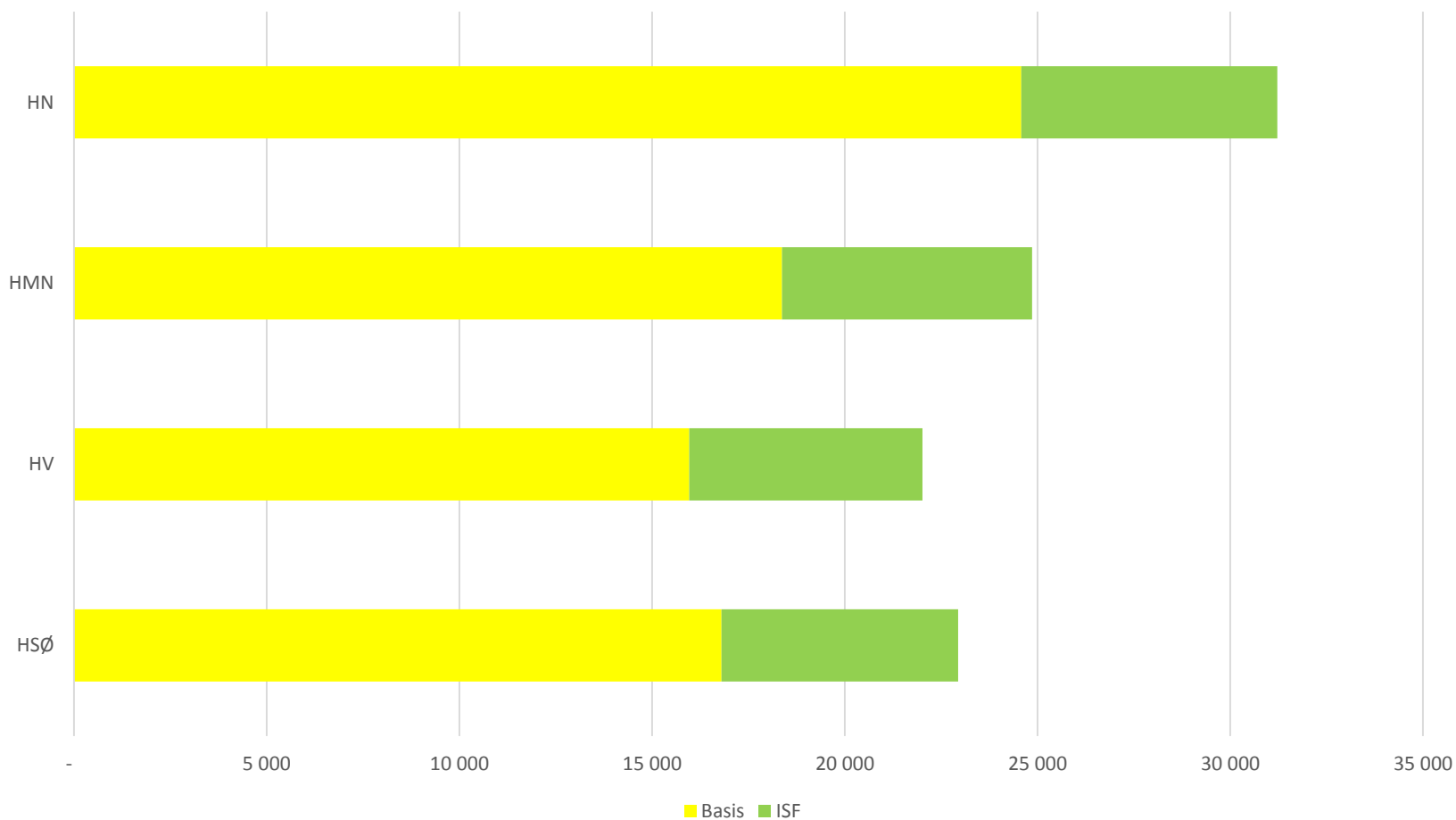
- Fordeling basert på Magnussenutv (NOU 2008:1)
- Nytt utvalg nedsatt i 2018 – Magnussen II – skal levere NOU i nov 2019

Fordelingsmodell siden 2009

- Den enkleste fordelingsmodellen fordeler alle midlene per innbygger.
- Inntektsmodellen fordeler mer raffinert. Fordeler midlene mellom regionene etter karakteristika ved innbyggerne (dødelighet, utdanning mv) og andre karakteristika (reiseavstand)
- Behovs- og kostnadsindekser slik det er i kommunesektoren.
- Behovsindekser somatikk, PH og TSB og en indeks for preshospitale tjenester.
- Alle indeksene samles i en ressursbehovsindeks for hvert RHF
- HOD oppdaterer årlig kriterieverdiene i modellen (befolkningskriterier og sosiale kriterier)

Inntektsmodell for RHF helseforetak

Inntekter per innbygger 2017



- ISF og lab/rad

Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste

	Somatikk
Innlagte (dag/døgn)	Ramme 50 %
	ISF 50 %
Poliklinikk	Ramme 50 %
	ISF 50 %

ISF = Innsatsstyrt finansiering

- Formål med 50 % ramme
 - sette RHF i stand til å gi et likeverdig tilbud; tildele ressurser etter behov og kostnadsforskjeller
 - ivareta kostnadskontroll
 - ivareta kvalitet
- Formål med 50 % ISF
 - bidra til aktivitet på en mest mulig effektiv måte

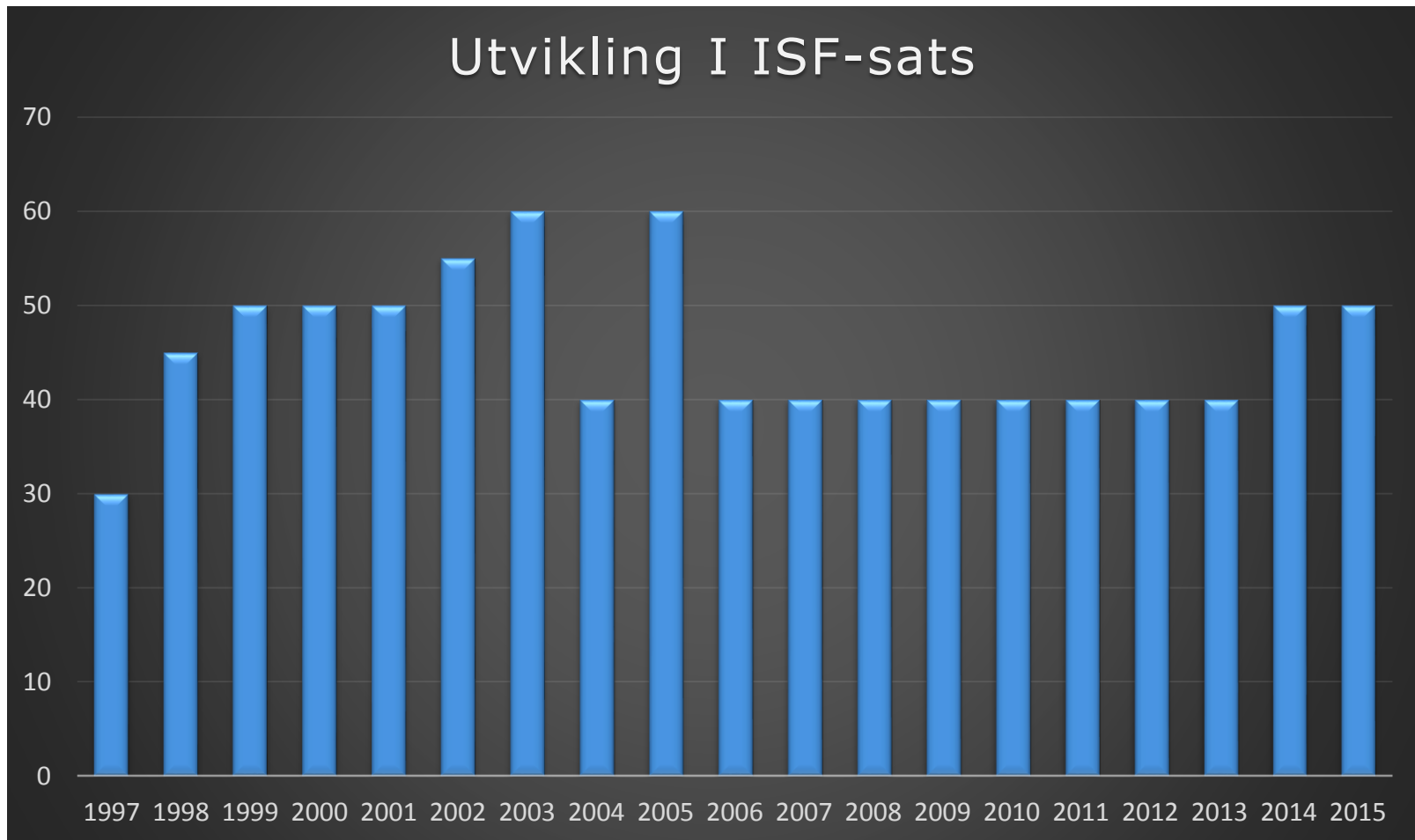
Endringer i målsettinger

- 1997; Øke aktivitetene for å kunne innfri ny ventetidsgaranti
- 2004 (Nye pasientrettigheter kombinert med ukontrollerte aktivitets og kostnadsvekst); konkrete styringsmål i antall DRG-poeng i de årlige budsjettene - oppnå aktivitetskravet på en mest mulig effektiv måte - fra 2009 er det budsjettet med aktivitetsvekst i de årlige budsjettene
- 2015; aktivitetstaket er fjernet som en del av fritt behandlingsvalg reformen – effektive sykehus får lov til å øke aktiviteten finansiert av ISF

ISF og aktivitet, kvalitet og prioritering

- ISF skal belønne aktivitet - lønner seg å være effektiv
- ISF skal være prioriteringsnøytral skal ikke styre helsefaglige valg – må derfor oppdateres jevnlig - krevende å være mest mulig a jour – enda mer krevende å prøve å styre helsefaglige valg
- ISF er kvalitetsnøytral – påvirkes ikke av kvaliteten på behandlingen, men dårlig kvalitet gir økte kostnader som ofte ikke kompenseres

Hva er riktig ISF-sats?



Hva er en riktig ISF-sats?

- Økt refusjonsandel
 - Økt incentiv til vekst
 - Effektivisering, kapasitetsutnyttelse
 - Økt risiko for uheldig tilpasning
 - Kodepraksis, oppstyking opphold, prioritering
 - Målsettingene i samhandlingsreformen
 - Inntektsfokus vs kostnadsfokus

15. mai 2018

Laboratorie- og radiologiske undersøkelser

- Budsjett på 3,1 mrd. kroner i 2019
- Aktivitetsbaserte refusjoner fra Helfo til RHF
- Nytt refusjonssystem for laboratorier i 2018. Patologi mangler – kommer senere
- (Finansiering av poliklinisk PH og TSB lå tidligere her, men flyttet til ISF i 2017)

Noen andre tilskudd

Forskning og nasjonale kompetansetjenester

- Budsjett på 1,2 mrd. kroner i 2019
- Tilskudd til forskning der midlene fordeles etter oppnådde forskningspoeng (publiserte artikler, doktorgrader tildeling av midler fra EU og NFR) i regionene men innenfor en ramme på 580 mill. kroner.
- Tilskudd til klinisk behandlingsforskning 140 mill. kroner
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentre er 490 mill. kroner i 2019

Kvalitetsbasert finansiering

- Kvalitetsbasert finansiering (KBF) ble innført i 2014 som en forsøksordning (3 år). Videreført etter evaluering.
- KBF innebærer at deler av de regionale helseforetakenes inntekter blir avhengig av måloppnåelse på utvalgte indikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet
- KBF skal bidra til høyere måloppnåelse i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett.
- I 2019 er tilskuddet på 550 mill. kroner (under 1/2 prosent av budsjettet)
- Trekkes stadig vekk som et eksempel til etterfølgelse av OECD

ABE fra 2015 (avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen)

- 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter innhentes i de årlige budsjettene (staten) til fellesskapet
- RHFene får tilbakeført 75 pst i basis, slik at nettoeffekten i 2019 er $(771-533 = 178$ mill. kr)
- Alle RHFene stiller effektiviseringskrav. Behovet for investeringer i bygg, utstyr og IKT er stort.
- Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker RHFenes muligheter til å investere.
- Effekten av reformen var større/verre for RHFene i 2015, 2016 og 2017. Pga budsjettavtaler i Stortinget.

Framover

- ISF-regelverk fra 2020
- Stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og sykehusplan legges fram høsten 2019 – kan gi pekepinner framover – også på finansiering
- Magnussenutv II skal levere NOU i november 2019. Sendes på høring
- Årlig budsjettprp i oktober 2019 – les kap. 2 evt pressemeldinger på HOD