



Innst. S. nr. 82

(2003-2004)

Innstilling til Stortinget fra sosialkomiteen

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

Innstilling fra sosialkomiteen om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

Til Stortinget

1. INNLEDNING

1.1 Sammendrag

Forslagene i meldingen innebærer at de regionale helseforetak (RHF) får et større finansieringsansvar enn de har i dag, og at graden av aktivitetsbasert finansiering fra staten reduseres. Meldingen drøfter hvordan staten bør tilføre budsjettmidler til RHF. Det er Regjeringens syn at RHF innenfor sitt "sørge for"-ansvar bør stå mest mulig fritt med hensyn til valg av oppgjørsordninger og utforming av kontrakter med utøvende virksomheter både overfor egne foretak og private. Samtidig ønsker Regjeringen å legge til rette for at RHF skal kunne opprettholde resultatbasert finansiering overfor tjenesteytende nivå slik at "penger følger pasienten".

For å sikre et bredt beslutningsunderlag for utforming av framtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten satte Regjeringen 1. februar 2002 ned et offentlig utredningsutvalg med professor Terje P. Hagen som leder. Utvalget avga innstilling 17. desember 2002. Utredningen er publisert som NOU 2003:1 "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten". Innstillingen har vært på høring, og 125 instanser har avgitt høringsuttalelse (15 av dem uten merknader). Utvalgets innstilling og høringsuttalelsene er utgangspunkt for forslagene i meldingen.

Det framholdes at et inntektssystem skal bygge opp under RHF sitt helhetlige ansvar og bidra til å realisere de overordnede målene for helsepolitikken. Siktemålet er å utforme et inntektssystem som best mulig balanse- rer bl.a. følgende viktige hensyn og mål:

- God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester med god kvalitet uten unødig ventetid

- Likeverdig behandlingstilbud for alle uavhengig av bosted, sosial status og betalingsevne
- God styring med omfang og sammensetning av tjenestetilbudet
- Kostnadseffektivitet ved at et gitt aktivitetsnivå realiseres til lavest mulig kostnad
- Legitimitet ved at finansieringssystemet skal være forutsigbart, enkelt og forståelig

Det framholdes at ventetiden for behandling gjennom de senere årene er redusert både for pasienter med psykiatriske og somatiske lidelser, men at mange pasienter fortsatt opplever å måtte vente for lenge på behandling. Målet om å fjerne unødig ventetid er fortsatt høyt prioritert.

Det understrekes at aktivitets- og kostnadsutviklingen i sykehusene de siste årene gjennomgående har vært høyere enn forutsatt i de årlige statsbudsjett, og at det er nødvendig å sikre god styring med kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Det uttales at Regjeringen vil sørge for at behandlingsskapiteten er tilstrekkelig til å dekke behovet for spesialisthelsetjenester, og at etablering av nødvendig kapasitet må skje innenfor rammebetingelser som Stortinget fastsetter.

Det uttales at prioritering basert på lønnsomhetsbetraktninger ikke vil være forenlig med helhetsansvaret RHF har for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Det framholdes at store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud, men at samhandlingen i mange tilfeller ikke er god nok. Dette kan ifølge meldingen medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Det uttales at dagens delte forvaltningsansvar mellom kommune og stat stiller krav til samarbeidsløsninger, og at en inntektsmodell skal støtte opp om dette. Regjerin-

gen vil høsten 2003 sette ned et utvalg som skal vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bjarne Håkon Hanssen, Britt Hildeng, Asmund Kristoffersen og Gunn Olsen, fra Høyre, Beate Heieren Hundhammer, Bent Høie og Elisabeth Røbekk Nørve, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Per Steinar Osmundnes, og fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, viser til at da sykehusreformen ble vedtatt gjennom behandling av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak og tilhørende innstilling, Innst. O. nr. 118 (2000-2001), var det forutsatt en bred gjennomgang av finansieringsordningene og derav følgende forslag til inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001–2002) varslet så Regjeringen en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansiering av spesialisthelsetjenesten.

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) ble en full gjennomgang av finansieringsordningene begrunnet ut fra behov for forenkling, forutsigbarhet, risikohåndtering og fleksibilitet, samtidig som det skulle fokuseres både på kostnadskontroll og behov for stimulering til høy aktivitet. Det ble også sterkt understreket ordninger som skulle ivareta og styrke forskningsaktiviteten. Det ble også forutsatt at finansieringsløsningene skulle bidra til å understøtte fritt sykehusvalg, samtidig som slike løsninger skulle bidra til rasjonell funksjonsfordeling både internt i det regionale helseforetaket og mellom disse foretakene. Det ble også understreket behov for forutsigbarhet i rammebetingelsene for de private institusjonene og behov for like konkurransevilkår mellom offentlige og private tjenesteytere. Det ble også sagt at statens finansiering skulle rettes mot de regionale helseforetakene, som så tar stilling til behovet for langsiktige avtaler blant annet i forholdet til private institusjoner og tjenesteytere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at dette på en god måte er fulgt opp i NOU 2003:1 "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten" (Hagen-utvalget) og ikke minst i denne foreliggende stortingsmeldinga fra departementet.

Komiteen merker seg og er enig i at det i meldinga legges opp til at inntektssystemet skal bygge opp under de regionale helseforetakene (heretter benevnt som RHF).

Komiteen slutter seg til departementets forutsetninger om at alle skal gis et likeverdig tilbud av helse tjenester uavhengig av bosted og økonomi, og der nærhet, likhet og kvalitet skal være idealet for helse tjenestene.

Komiteen slutter seg òg til at det er nødvendig med økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på prioriterte områder. Komiteen sier seg også fullt ut enig i departementets formulering om at "prioritering basert på lønnsomhetsbetraktninger ikke vil være forenlig med helhetsansvaret RHF har for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen".

Komiteen har merket seg at Regjeringen vil sette ned et utvalg som skal vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Komiteen gir sin tilslutning til at det i forbindelse med behandling av denne meldinga ikke er naturlig å gå inn i de mange utfordringer som er knyttet til samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser ellers til de mål som proposisjonen trekker opp for et hensiktsmessig finansierings-system, og gir sin tilslutning til disse.

Komiteen er tilfreds med at Regjeringen i St.meld. nr. 5 (2003-2004) opprettholder foretakenes målsetning fra da foretaksloven ble vedtatt, nemlig å tilby likeverdige helse tjenester uavhengig av bosted og økonomi. Nærhet, likhet og kvalitet skal være idealet for helse tjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er videre glad for Regjeringens påpeking om at de private helseinstitusjonene og ulike private helse tjenester, laboratorier og røntgenavdelinger er et viktig supplement til den offentlige spesialisthelsetjenesten og ofte fungerer som et korrektiv til denne.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet er videre enig i at finansieringen av spesialisthelsetjenesten må være lett forståelig og ikke minst forutsigbar, noe som en dessverre ikke kan si tilfellet har vært med finansieringen av foretakene så langt i reformutviklingen. At finansieringen må dekke utgiftene til behandling burde også etter disse medlemmers mening være en selvfølge.

Det burde etter disse medlemmers mening ikke være noen særlig stor overraskelse for Regjeringen at kostnadene ved helseforetakene i 2001 og 2002 har vært vesentlig høyere enn antatt, da behandlingsskapiteten har vært betydelig større, og det er foretatt betydelige kutt både i ventetid og antall pasienter på venteliste. Dette har kostet penger, og skal vi få redusert ventelistene ned til et forsvarlig nivå, vil dette også de

nærmeste årene fremover koste. Disse medlemmer er prinsipielt enig i at driften og kapasiteten ved foretakene årlig må være i henhold til gitte rammer fra Stortinget når det gjelder den rammefinansierte delen av bevilgningene, men dette er da under forutsetning av at disse rammene er forsvarlige ut fra Stortingets ønske om å fjerne ventelistene og med en forsvarlig ventetid. Dette har etter disse medlemmers mening verken vært tilfellet i 2002 eller i 2003. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til det foreliggende forslag til statsbudsjett for 2004 som hvis det blir vedtatt, vil føre til en betydelig reduksjon i sykehusenes behandlingsskapasitet, noe disse partier ikke vil akseptere.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil også minne om at ISF-midlene bevilges som en overslagsbevilgning, etter forslag fra Fremskrittspartiet. Disse medlemmer anser det nødvendig at bevilgningene på denne posten dekker behovet for behandling i helseforetakene slik at ingen skal behøve å vente lenger på behandling i sykehus enn det som er medisinsk forsvarlig.

Disse medlemmer sier seg fullt ut enig i det som anføres om at pasientene forventer seg en sammenhengende behandlingsskjede både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Disse medlemmer mener at annenlinjetjenesten og førstelinjetjenesten bør slås sammen til en enhet som styres og organiseres av staten. Disse medlemmer vil i innstillingen til denne meldingen fremme forslag om at dette spørsmålet blir utredet.

Disse medlemmer er ikke enig i at de regionale helseforetakene skal innkassere stykkprisfinansieringen. Denne bør gå direkte til det enkelte sykehus, laboratorium eller røntgeninstitutt enten de er offentlige eller private. Det samme må gjelde refusjoner fra Rikstrykdeverket.

Det er betimelig av Regjeringen å stramme inn i forhold til foretakenes "sørge for"-ansvar. Så langt har etter disse medlemmers mening dette "sørge for"-ansvaret ikke vært tilfredsstillende ivaretatt av de regionale helseforetakene.

Disse medlemmer stiller seg uforstående til at det foreslås å redusere ISF-satsen fra 60 prosent til 40 prosent. Dette er etter disse medlemmers mening å gå den gale veien, en vei som vil føre tilbake til den gamle rammefinansieringen som ikke hadde noen insitamenter for større innsats og mer effektiv drift. Disse medlemmer fremmer forslag om at ISF-satsen opprettholdes på dagens nivå.

Disse medlemmer sier seg enig i forslaget om å opprette et beregningsutvalg med deltagelse fra foretakene, men disse medlemmer vil gjerne gå videre og be om en utredning om å etablere et frittstående statens sykehusdirektorat som skal få hovedansvaret for den videre utviklingen av ISF og DRG-systemet. Disse medlemmer finner det betenkelig at dette ansvaret ligger i departementet som også sitter med budsjettansvaret som igjen styres av Finansdepartementet. Her mener disse medlemmer at vi må ha

et uavhengig organ som utvikler og i større grad tar ansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å utrede muligheten for etablering av et eget frittstående sykehusdirektorat som skal gis hovedansvaret for den videre utviklingen av ISF og DRG-systemet. Direktoratet skal også gis ansvaret for å kontrollere at de regionale helseforetakene etterfølger sitt "sørge for"-ansvar."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at disse partier sammen med Kristelig Folkeparti gikk mot den vedtatte lov om helseforetak, særlig begrunnet i at disse partier mente at loven med den utformingen den ble gitt av flertallet, ville føre til en svekkelse av den folkevalgte styringen med spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer vil påpeke at disse advarslene har vist seg fullt ut berettiget. De endringer som nå skjer i regi av de ulike helseforetakene, skjer etter disse medlemmers syn til dels på tvers av tidligere politiske vedtak i Stortinget, og i en hastighet og med et omfang som gjør at planene burde ha vært forelagt Stortinget før endelig beslutning fattes. Disse medlemmer vil vise til at disse partier sammen med Kristelig Folkeparti i sitt alternative forslag til lov om helseforetak la inn forslag om at Stortinget skulle vedta overordnede nasjonale helseplaner. Konsekvensen av dette ville vært at de endringer som nå skjer i regi av de ulike helseforetakene hva angår endringer i fødetilbudet, akuttfunksjoner ved sykehusene og nedlegging av ulike spesialavdelinger samt sammenslåing av behandlingssenheter, først kunne ha skjedd etter politiske beslutninger i Stortinget, og med bakgrunn i et politisk flertallsønske om slike strukturendringer.

Disse medlemmer holder fast ved at lov om helseforetak skal inneholde bestemmelser som sikrer kontroll med overordnede helsepolitiske beslutninger også innen spesialisthelsetjenesten, og disse medlemmer fremmer på ny forslag om at loven gis et slikt innhold.

Disse medlemmer viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der slikt forslag fremmes.

2. HOVEDINNTEKTSMODELL FOR REGIONALE HELSEFORETAK (RHF)

2.1 Sammendrag

Det oppgis at det i 2003 er bevilget 56,8 mrd. kroner til spesialisthelsetjenester medregnet refusjoner fra folketrygden. I tillegg kommer bevilgningene til syke-transport på om lag 1,7 mrd. kroner i 2003.

88 prosent av bevilgningene utbetales direkte til landets fem RHF. RHF viderefremidler ulike typer tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Aktørene på tjenesteytende nivå er offentlige sykehus og poliklinikker (helseforetak), private sykehus som har avtale med RHF, private avtalespesialister og private laboratorier og røntgeninstitutt med rett til trygderefusjon.

De polikliniske refusjonene utbetales i dag direkte til helseforetakene. Private avtalespesialister og psykologer og private laboratorier og røntgeninstitutt mottar refusjoner direkte fra folketrygden.

Ulike modeller for finansiering av RHF drøftes i forhold til hvordan de ivaretar hensyn til tilgjengelighet, likeverdighet, kostnadskontroll, prioriteringseffektivitet, kostnadseffektivitet og legitimitet.

Det vises til at NOU 2003: 1 drøfter flere alternative inntektsmodeller for RHF, og at utvalget til slutt sto igjen med to modeller der den ene var videreutvikling av dagens blandingsmodell som var mindretallets forslag, og den andre var en modell kalt "Aktivitetskrav med toppfinansiering" som var flertallets forslag. Disse inntektsmodellene blir drøftet nærmere i meldingen i tillegg til en modell med ren rammefinansiering. Utvalgets forslag om et særskilt teknisk beregningsutvalg blir også tatt opp.

Det framholdes at det samlet sett er noen flere høringsinstanser som gir sin tilslutning til dagens blandingsmodell enn til toppfinansieringsmodellen.

Departementet har lagt vekt på at inntektsmodellen skal være forutsigbar. Videre er det lagt vekt på at den skal gi tilstrekkelig økonomisk sikkerhet for at RHF skal kunne bruke aktivitetstilskudd overfor helseforetakene slik at "penger følger pasienten". Departementet anser blandingsmodellen som best egnet til å ivareta disse overordnede hensynene.

Det skal settes i verk tiltak for å sikre riktig og mer enhetlig kodepraksis.

For å understøtte RHF sitt "sørge for"-ansvar foreslås det at disse fortsatt blir mottakere av ISF-refusjon. Det foreslås også at poliklinikktilskuddet som hittil er blitt utbetalt til sykehusene, fra 2004 utbetales til RHF.

Det framholdes at følgende hensyn må avveies når ISF- og poliklinikkstatsene skal fastsettes:

- Høy sats stimulerer til høy aktivitet
- Høy sats fører til svekket styring med sammensetning av tjenestetilbudet (manglende prioriteringseffektivitet)
- Høy sats fører til svekket styring med totale utgifter til spesialisthelsetjenester

Det påpekes at det de siste årene har vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, og at dette har ført til reduserte ventetider. Det uttales at det ikke kan utelukkes at det nå på noen områder er en viss overkapasitet. Departementet mener at en slik situasjon kan medføre et ønske om å utløse ISF-refusjon og poliklinikkrefusjoner ved å behandle pasienter med mindre alvorlige lidelser med liten medisinsk nytte eller foreta kontroller av pasienter som alternativt kunne vært tilbakeført til primærhelsetjenesten. Dette er ressurser som alternativt kunne hatt større nytte dersom de hadde kommet pasientgrupper til del som ikke omfattes av ISF-ordningen, for eksempel pasienter med psykiske lidelser. Departementet mener det er nødvendig med økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på de prioriterte områdene for å nå målet om en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet i tråd med

pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Det uttales at en bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning vil understøtte et slikt mål, og det foreslås å øke basisbevilgningen tilsvarende en reduksjon i ISF-satsen fra 60 til 40 prosent. Reduksjonen av poliklinikkstatsene er i samme omfang som for ISF-satsen. Basisbevilgningen økes tilsvarende reduksjonen i statsene fra 2004.

Det framholdes at RHF står fritt til å vurdere om de vil bruke andre satser overfor helseforetakene både når det gjelder ISF og poliklinikkordningen, og at disse satsene også kan være høyere enn statens satser gitt at RHF kan håndtere den økonomiske usikkerheten det medfører.

I tråd med NOU 2003: 1 foreslår departementet å sette i gang utvikling av klassifiseringssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder psykiatri, rusmiddelomsorg, rehabilitering og habilitering, høyspesialiserte somatiske tjenester samt enhetlig kodeverk for laboratorieprøver. Et pasientklassifiseringssystem for psykiatri prioriteres høyt.

Departementet ønsker å opprette et beregningsutvalg med representanter fra RHF, berørte departement og uavhengige representanter. Beregningsutvalget skal bl.a. foreta statistisk bearbeiding av aktivitets- og kostnadsdata og gi sin faglige vurdering av økonomi- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten.

2.2 Komiteens merknader

Komiteen erkjenner at det ikke noe sted finnes en inntektsmodell som tilfredsstill alle hensyn knyttet til begrep som kostnadseffektivitet, prioriteringseffektivitet, kostnadskontroll, tilgjengelighet, likeverdighet, forutsigbarhet og legitimitet. I et slikt bilde er rammefinansiering og aktivitetsbaserte finansieringsmodeller ytterpunktene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, anser at rene rammefinansierte systemer gir svake insentiver til effektivitet, mens rene aktivitetsbaserte tilskudd kan svekke styringen med utgiftene og ofte ha betydelige prioriteringsmessige svakheter.

Flertallet mener derfor at en blanding av disse to hovedelementer vil være det system som best fanger opp de fleste hensyn og krav en må stille til et finansieringssystem for helsetjenester. Helsetjenestene er mangeartede. Derfor må også finansieringssystemet ikke bli for stivbeint, men tilpasses de ulike oppgaver som skal løses.

Flertallet viser til at NOU 2003:1 drøfter flere alternativer der mindretallet gikk inn for å videreutvikle dagens blandingsmodell, mens flertallet gikk inn for en toppfinansieringsmodell.

Flertallet er tilfreds med at departementet tilrår en videreutvikling av dagens blandingsmodell som ut fra departementets begrunnelse best ivaretar kravet om forutsigbarhet for foretakene, og gir tilstrekkelig sik-

kerhet for at de regionale foretakene skal kunne bruke aktivitetstilskudd overfor helseforetakene slik at "pengene følger pasienten". Dette er også viktig for at det frie sykehusvalget for pasientene skal fungere, som igjen skal stimulere til god, rask og effektiv behandling. Flertallet deler disse oppfatningene.

Flertallet mener i likhet med departementet at det er nødvendig å ha økende oppmerksomhet på at ressursene som settes inn, brukes på de prioriterte områdene og pasientene, noe som er et bærende prinsipp i både pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

Flertallet mener videre at en må søke en god balanse mellom aktivitetsfinansiering og basis- eller rammefinansiering.

Flertallet gir derfor sin støtte til departementets forslag om å la basisbevilgningen utgjøre 60 prosent av enhetsprisen og den innsatsbaserte refusjonen (ISF) utgjøre 40 prosent av enhetsprisen. ISF er en form for overslagsbevilgning. Dersom DRG-satsen er så høy for enkelte behandlinger at ISF-satsen beveger seg til å bli lik eller større enn marginalkostnadene for ei behandling, vil dette kunne føre til at pasientbehandlingen blir unntatt for ordinær prioritering, også i budsjettssammenheng. Ettersom RHF har fått meget stort ansvar og myndighet, må de også ha de økonomiske redskapene som skal understøtte en slik styring.

Flertallet slutter bl.a. derfor opp om departementets forslag om at RHF blir mottakere av ISF-refusjonen. Flertallet støtter òg forslaget om at poliklinikktilskuddet utbetales til RHF. Disse bestemmelsene er viktig for at RHF skal kunne ivareta sitt "sørge for"-ansvar.

Flertallet mener at RHF innenfor de tildelte rammer må sørge for at de har et spesialisthelsetilbud til hele befolkningen sin, noe de må sette ut i livet i de avtalene de gjør med sine helseforetak eller avtalene med private aktører.

Flertallet har merket seg og er enig i at RHF står fritt til å bruke andre satser overfor helseforetakene enn det som gjelder forholdet mellom stat og RHF. Dette gjelder både ISF og ordningene for poliklinikk. Dette betyr at RHF får god styring over økonomien og kan spore til effektivitet og økt aktivitet på områder som ut fra behov krever det. Samtidig styrker dette RHF sin mulighet til å skjerme eller styrke grupper av pasienter som i dag faller utenfor de innsatsbaserte ordningene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, støtter at det settes i gang utvikling av klassifikasjonssystemer på nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten som psykiatri, rusmiddelomsorg, rehabilitering, habilitering, høyspesialiserte somatiske helsetjenester og dessuten utvikling av et kodeverk for laboratorieprøver.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet sier seg tilfreds med at Regjeringen ikke går inn for flertallsinnstillingen i Hagen-utvalget om en toppfinansieringsmodell. Den vil være ødeleggende for fremtidig sykehusdrift og i realiteten føre oss tilbake til

et rammefinansieringssystem slik vi har svært dårlig erfaring fra med fylkeskommunal sykehusdrift.

Disse medlemmer sier seg også enig i at foretakene i noe større grad enn hittil må prioritere de mest alvorlige sykdomstilfeller i tråd med Lønning-utvalgets forslag. Dette betyr imidlertid at også pasienter med mindre alvorlige sykdommer og lidelser som kan være plagsomme og ofte føre til sykemeldinger, må få behandling innen rimelig tid. Disse medlemmer viser her til pasientrettighetsloven, som i disse dager er under behandling i Stortinget, og som vil utvide pasientenes rettigheter til å gjelde en juridisk rett til behandling når den offentlige behandlingsfristen oversettes.

Disse medlemmer vil gå i mot meldingens forslag om at poliklinikktilskuddet til sykehusene skal overføres til foretakene, og disse medlemmer vil også foreslå at ISF-refusjonen overføres direkte til det behandelende sykehus og ikke til det regionale helseforetak.

Disse medlemmer er enig med departementet i at høy sats på ISF fører til høy aktivitet, og det er nettopp derfor Fremskrittspartiet gjennom ulike budsjettforlik har maktet å øke den opprinnelige satsen på 40 prosent til 60 prosent. Vi har fortsatt altfor lange ventelister til sykehusbehandling, og så lenge vi har det, bør ikke satsen for ISF reduseres slik Regjeringen foreslår. Disse medlemmer registrerer at Regjeringen fortsatt synes å være ekstremt opptatt av styring av ressursene. Det må imidlertid også aksepteres at behandling av flere pasienter gir større kostnader, og de kostnadene mener Fremskrittspartiet at vi i henhold til befolkningens behov må akseptere.

Disse medlemmer mener videre at ISF-refusjonen til private tjenesteytere bør betales direkte til disse og ikke gå veien om de regionale foretakene. Dette gjelder også refusjonssatsen fra RTV.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er enig med Regjeringen i at det igangsettes et arbeid for å implementere ISF-ordningen også innen psykiatrien og andre helsetjenester som i dag ikke er omfattet av stykkprisfinansieringsordningen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til notat utarbeidet av Analyse-senteret Lovisenberg AS om svakheter ved dagens DRG-system, oversendt komiteen fra Handels- og Service-næringens Hovedorganisasjon 4. november 2003, der det gis en rekke eksempler på uheldige og utilsiktede utslag av systemet som danner basis for innsatsstyrt finansiering.

Dette flertallet viser til at Analysesenteret Lovisenberg AS anfører at korte sykehusopphold systematisk ser ut til å være overfinansiert, og at dette motsvares av underfinansiering av langvarige opphold for pasienter med tunge hoveddiagnoser. Dette fler-

tallet er bekymret for at slike utilsiktede virkninger av finansieringssystemet kan komplisere sykehusenes innsats for å prioritere ut ifra rene medisinskfaglige kriterier. Dette flertallet mener at eksempler på til dels grovt misforhold mellom faktiske kostnader og refusjoner viser at det er behov for å gi høyere prioritet til arbeidet med å forbedre finansieringssystemet.

Dette flertallet vil understreke at det er viktig at de medisinske fagmiljøer stimuleres til å delta i arbeidet med å forbedre finansieringssystemet.

Dette flertallet ber departementet vurdere ei hyppigere justering av DRG-vektene, slik at finansieringssystemet bedre er i takt med behandlingstrender og god praksis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det er uheldig med et system som forutsetter at enhetsprisen justeres med tilbakevirkende kraft. Flertallet mener det må arbeides videre med et system der sykehusene får større økonomisk forutsigbarhet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at ISF-finansieringen av de somatiske helsetjenestene synes å ha medvirket til økt behandlingsskapitet for lidelser som er lette å kvantifisere, og med relativt forutsigbare utgifter knyttet til behandlingen av den enkelte pasient. Eksempler på dette er hjertekirurgi, førstegangs operasjoner av hofteproteser og enkle polikliniske undersøkelser innenfor fagområder som øyelidelser og øre-nese-halssykdommer. Derimot har det vist seg vanskelig å få til et hensiktsmessig finansieringssystem for sammensatte lidelser, som revmatiske sykdommer, og sammensatte reaktive belastningslidelser.

Disse medlemmer vil påpeke at mennesker som har psykiske lidelser, kan ha besvær som lar seg avhjelpe gjennom enkeltstående polikliniske kontakter med behandlingsapparatet, og som dermed lett lar seg finansiere gjennom en ISF-basert modell. Men lidelsene kan også være alvorlige og svært sammensatte og føre til langvarige opphold ved en psykiatrisk spesialist-institusjon. I slike tilfeller vil behandlingsskostnadene være uforutsigbare og best la seg dekke gjennom rammefinansiering av behandlingsplassen.

Disse medlemmer mener at en konsekvens av et ISF-basert system for finansieringen av det psykiske helsevernet kan være at mennesker med de lettere mentale plager prioriteres av økonomiske grunner, mens behandlingstilbudet til de menneskene som har det største behovet, bygges ned. Disse medlemmer mener at departementet i for liten grad har problematisert konsekvensene av en omlegging av finansieringen av psykiatrien i St.meld. nr. 5 (2003-2004), og at det er lagt for liten vekt på å tilrettelegge for de menneskene som har det mest omfattende behovet for behandling.

Disse medlemmer vil be om at Regjeringen i løpet av 2004 på egnet måte legger fram ulike alterna-

tiver for finansieringen av psykiatrien, med spesiell vekt på mennesker med særlig omfattende behov for behandling, før en endring av finansieringen finner sted.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at disse medlemmer ved behandlingen av statsbudsjettet hvert år siden innføringen av ISF har argumentert for en reduksjon av den innsatsbaserte finansieringen og en økning av rammene til driften av sykehusene. Disse medlemmer registrerer at Regjeringen også støtter dette nå, og disse medlemmer er glade for denne erkjennelsen fra Regjeringens side. Disse medlemmer vil også påpeke at Sosialistisk Venstreparti i flere år har tatt til orde for at reisekostnadene ved spesialistbehandling bør overføres til helseforetakene, og disse medlemmer er glade for at Regjeringen nå har foreslått, og at stortingsflertallet har vedtatt at en slik overføring skal finne sted med virkning fra 1. januar 2004.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at helt fra ordningen med ISF ble innført, har Senterpartiet vært skeptisk til en for høy andel med "stykkprisfinansiering". Dette medlem er derfor svært tilfreds med at Regjeringen nå foreslår ISF-andelen redusert fra 60 prosent til 40 prosent. En større andel av finansieringen basert på rammeoverføring er etter dette medlems mening riktig i forhold til en bedre ivaretagelse av spesialisthelsetjenestens allmenne og brede samfunnsansvar, samtidig som det på en bedre måte enn i dag vil ivareta hensynet til bl.a. psykiatri, rusomsorg og behandlingen av kronikere og de med mange og sammensatte lidelser, bl.a. gjelder dette for mange av de eldste eldre.

3. BESTILLER- OG UTFØRERROLLEN OG FORHOLDET TIL PRIVATE AKTØRER

3.1 Sammendrag

Det framholdes at et skille mellom bestiller- og utførerrollen gjør ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom myndighetsorgan (bestiller) og tjenesteproducent (utfører) tydeligere.

Regjeringen forutsetter at de private helseinstitusjonene skal være et viktig supplement og korrektiv til de offentlige sykehusene.

Det framholdes at den integrerte foretaksmodellen der RHF både er bestiller og ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen, reiser noen særskilte utfordringer. Departementet mener at modellens suksess blant annet er avhengig av at RHF lykkes i relasjonen til og samarbeidet med private aktører.

Det uttales at i styringsdokument for 2004 vil det bli stilt krav om tydeliggjøring av bestillinger både for egne helseforetak og private tjenesteytere.

Det framholdes at prosjekt for å lage felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling vil gjøre det mulig å sammenlikne virksomheten som skjer hos private spesialister, offentlige poliklinikker og inneliggende behandling.

Det understrekes at RHF i sine avtaler med private må ta hensyn til at også private tilbydere har kapitalkostnader.

3.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det i helseforetaksmodellen til en viss grad skal legges til rette for et skille mellom bestiller- og utførerrollen der RHF bl.a. skal ha "sørge for"-rollen, og der helseforetakene og eventuelle andre med avtale skal ha utførerrollen og dermed levering av spesialisthelsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at helseforetakene skal ha kapasitet og kompetanse til i all hovedsak å dekke behov for spesialisthelsetjenester i hele landet og med hovedansvar for RHF til å ha et fullverdig og godt spesialisthelsetjenestetilbud i sin region. Flertallet mener at den retten og muligheten som RHF har til å inngå avtale med private aktører, må utnyttes når behovene krever det.

Komiteen mener det likevel er viktig at et helsevesen som tar sikte på likeverdige tilbud over hele landet, ikke baserer seg på at private aktører skal erstatte det offentlige helsevesenet. Siden RHF kan inngå avtaler med private, er det viktig at de private har likeverdige vilkår slik at de kan være sikret langsiktighet og forutsigbarhet i sin drift, noe som er til nytte for pasientene.

Komiteen støtter at det lages et felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling som gjør det mulig å sammenligne offentlige og private virksomheter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, støtter forslagene fra departementet om at trygdefusjonene fortsatt skal utbetales direkte til de private avtalespesialister og psykologer. Flertallet støtter òg at private laboratorie- og røntgenvirksomheter som har avtale med RHF, vil få innvilget trygdefusjon som utbetales direkte til disse. Flertallet gir sin støtte til at private sykehus med avtale med RHF skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, er enig i den forutsetning for dette som departementet legger til grunn, om at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under kontroll.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, sier seg enig i forslaget i meldingen som forutsetter at det utvikles langsiktige avtaler med private helsetilbydere. De private helsetilbydere skal fortsatt inngå avtale med de regionale helseforetak, og det bør legges til rette for en direkte henvisning fra den pri-

mære helsetjenesten til de private sykehus og spesialister.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er imidlertid ikke enig i at det kun er de private helsetilbydere som har avtaler med foretakene, som skal tilstå ISF-refusjon. Disse medlemmer mener at ISF-refusjon skal utløses for private helsetjenester som er godkjent av departementet, uten krav om avtale med de ulike foretak.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle godkjente private helsetilbydere skal tilstå ISF-refusjon."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at Stortinget skal vedta den overordnede strukturen for spesialisthelsetjenesten, mens helseforetakene skal disponere de økonomiske midlene for å sette politisk fattede beslutninger ut i livet. Disse medlemmer mener i tråd med dette at alle økonomiske ressurser som i dag går med til å dekke utgifter innenfor spesialisthelsetjenesten, skal disponeres av helseforetakene. Disse medlemmer mener at dette også skal innbefatte ressursene til avtalespesialister og psykologer, private laboratorier og røntgeninstitutter. Refusjonene til disse skjer i dag via folketrygden. Disse medlemmer mener at det ligger et betydelig samordnings- og rasjonaliseringspotensial i at helseforetakene disponerer over midler til avtalespesialister og psykologer, private laboratorier og røntgeninstitutter. For dermed vil helseforetakene gjennom de avtalene som er inngått, og skal inngås med de nevnte, kunne knytte forpliktelser til refusjonene som gir mulighet for synergieffekter mellom private aktører og det offentlige helsevesen på en helt annen måte enn i dag. Disse medlemmer tror at en umiddelbar konsekvens av en slik samordnet bruk av helseressursene vil være at ventelister vil kunne avvikles raskere, og at pasienter med de største behov for spesialisttjenester vil prioriteres i sterkere grad enn i dag.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at refusjon til avtalespesialister og psykologer, private laboratorier og røntgeninstitutter skjer via helseforetakene, og at økonomiske midler for refusjonene overføres fra folketrygden til helseforetakene."

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke behovet for rehabilitering og at dette arbeidet foregår i nært samarbeid både med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette medlem vil spesielt minne om kronikernes behov for jevnlig rehabilitering og mener at finansieringen av rehabilitering bør dekkes direkte fra RTV og til rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene. Dette medlem mener dette vil gi den beste tilgangen til rehabilitering/opptrening uten forsinkende og fordyrende mellomledd og prosedyrer.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at helseforetakene for sine pasienter må gjøre klare og forutsigbare avtaler med rehabiliterings-/opptreningsinstitusjonene.

4. LEGE- OG PSYKOLOGSPESIALISTER MED DRIFTSAVTALE, PRIVATE SYKEHUS OG PSYKISK HELSEVERN I OFFENTLIGE POLIKLINIKKER

4.1 Sammendrag

Departementet ønsker å stimulere RHF til mer aktiv og styrt bruk av private avtalespesialister for å ivareta sitt "sørge for"-ansvar, og mener at økt finansielt ansvar for RHF vil kunne bidra til dette. Det foreslås derfor å heve driftstilskuddet fra mellom 20 og 25 prosent opp mot 40 prosent av praksisinntektene mot tilsvarende reduksjon i refusjonstakstene fra folketrygden.

Det vises til at flertallet i Hagen-utvalget går inn for å kanalisere refusjoner til private avtalespesialister gjennom RHF fra 2004. Helsedepartementet mener at RHF i større grad kan utnytte de styringsmulighetene som ligger i de eksisterende avtalene, og at dette sammen med foreslåtte tiltak vil sikre nødvendig styring. Det foreslås at trygderefusjonene fortsatt utbetales direkte til den enkelte legespesialist og psykolog.

Departementet går inn for større grad av nøytralitet i finansiering av helsetjenester utført ved private og offentlige sykehus.

Det foreslås at private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005 forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll. Det understrekes at det er nødvendig å ha god styring med poliklinikkordningen slik at den innpasses i den overordnede prioriteringen av ressurser til helsetjenesten. Det uttales at selv om det forutsettes volumbegrensning i RHF sine avtaler med private sykehus, vil forslaget kunne medføre svekket kontroll med utgiftsveksten i poliklinikkordningen. Departementet arbeider med å gjennomføre kontrolltiltak med ordningen.

Departementet legger vekt på at et nytt poliklinisk takstsystem innen psykisk helsevern skal balansere følgende hensyn:

- stimulere til effektiv ressursbruk og anbefalte arbeidsformer
- gjenspeile mål om økt aktivitet og økt produktivitet i psykisk helsevern
- være enkelt å administrere og gi tilstrekkelig kostnadskontroll
- ikke favorisere én terapeutisk tilnærming framfor andre
- legge til rette for samarbeid, nettverksarbeid og forebygging

Det foreslås en omlegging av takststrukturen for offentlige psykiatriske poliklinikker med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekt på årsverkstakster.

4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til meldinga der det sies at private legespesialister med driftsavtale representerer om lag 730 årsverk, og antall driftsavtaler oppgis å være ca. 1 100. Dette betyr at de privatpraktiserende avtalespesialistene utgjør en betydelig del av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Avtalepraksis og offentlig poliklinikk er overlappende virksomheter. Komiteen har merket seg at departementet hevder at RHF ikke utnytter disse eksisterende driftsavtaler godt nok til å behandle pasienter på det offentliges ventelister. Departementet foreslår å øke RHF sitt finansielle ansvar ved å heve driftstilskuddet fra mellom 20 og 25 prosent og til ca. 40 prosent av praksisinntektene mot en tilsvarende reduksjon i refusjonstakstene fra folketrygden. Komiteen gir sin tilslutning til at avtalespesialister som allerede arbeider med bakgrunn i offentlige refusjoner, kan knyttes mer til foretakenes pasientbehandling, og at RHF i større grad utnytter sine styringsmuligheter som ligger i de eksisterende avtalene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, støtter og forslaget om at trygderefusjonene fortsatt utbetales til den enkelte legespesialist og psykolog.

Flertallet merker seg at departementet slutter seg til Hagen-utvalgets forslag om større grad av nøytralitet i finansiering av helsetjenester utført av private og offentlige sykehus. Flertallet antar at dette er en forutsetning for å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å gjelde private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. Flertallet mener at de private sykehusene med avtale må ha sikre og gode rammebetingelser for at pasientene skal få et godt helsetjenestetilbud.

Flertallet gir sin støtte til omlegging av takststrukturen for offentlige psykiatriske poliklinikker med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekt på årsverkstakster med virkning fra og med 2005. Flertallet ser at det kan ligge et dilemma i en slik finansieringsordning da det innenfor psykiatrien både må være krav om effektivitet i form av mest mulig pasientbehandling, samtidig som det må være nødvendig rom for å bruke tid i møte med pasienten. Det skal også være rom for samarbeid, nettverkbygging, forebygging, kontakt med pårørende m.m.

Komiteen mener at en nøye må følge med i hvordan et nytt takstsystem virker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er tilfreds med at departementet avviser flertallsinnstillingen i Hagen-utvalget om at refusjonen til private spesialister, leger og psykologer skal overføres til de regionale helseforetakene, og opprettholder ordningen med at refusjonen fra Rikstrygdeverket må overføres direkte til spesialistene. Flertallet er også enig med departementet i at de private spesialistene i større grad enn hittil bør behandle pasienter fra de

offentlige ventelistene. Likeledes mener flertallet at private sykehus, klinikker og eventuelt spesialister i større grad må tillegges ansvar for undervisning og forskning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere muligheten for å kunne tillegge private sykehus, klinikker og eventuelt spesialister et større ansvar for undervisning og forskning."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til sin merknad under kap. 3.2. Disse medlemmer mener at refusjonen til private legespesialister og psykologer skal disponeres av helseforetakene og utbetales fra disse, for dermed å oppnå en best mulig samhandling og ressursutnyttelse i samspillet mellom det offentlige helsevesenet og de privatpraktiserende spesialistene.

Disse medlemmer mener at spørsmålet om godkjenning av private sykehus og private sykehusavdelinger må sees i sammenheng med hele den overordnede strukturen for spesialisthelsetjenesten, og dermed underlegges beslutninger i folkevalgte organer. Disse medlemmer mener at vurderingen av hvorvidt private sykehus eller sykehusavdelinger skal godkjennes, skal forelegges Stortinget før slik godkjenning eventuelt gis.

Disse medlemmer mener at en refusjonsordning for private sykehus i sin helhet skal være knyttet opp til hvorvidt det enkelte helseforetak inngår avtale med sykehuset. Disse medlemmer mener videre at refusjonen for slik virksomhet i så fall i sin helhet primært skal tilfalle helseforetaket, som så utbetaler refusjonen til det private sykehuset etter avtale med dette.

Disse medlemmer viser til sin merknad vedrørende finansiering av det psykiske helsevernet under kap. 2.2, der disse medlemmer går mot en omlegging av dagens finansieringssystem for det psykiske helsevernet før Regjeringen har lagt fram ulike modeller for en finansiering som vektlegger behandlingen av de menneskene som har det mest omfattende behov for et behandlingstilbud, og slik at finansieringssystemet spesielt ivaretar disse pasientene.

5. LABORATORIE- OG RØNTGEN-VIRKSOMHET

5.1 Sammendrag

De samlede offentlige utgiftene til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester anslås til vel 4 mrd. kroner i 2003. Fra 1997 til 2002 er refusjonsutgiftene til røntgenundersøkelser tilnærmet fordoblet. Refusjonsutgiftene til laboratorieanalyser er økt med i underkant av 50 prosent.

Det drøftes tre modeller for hvordan staten kan sette RHF i stand til å sørge for nødvendige laboratorie- og røntgentjenester. Modell 1 er en rent stykkprisbasert modell som innebærer at staten/folketrygden bærer all

økonomisk risiko ved høyere aktivitet enn forutsatt. Modell 2 er en ren rammefinansiering som innebærer at RHF bærer denne risikoen. Modell 3 er en kombinasjon av ramme og stykkpris og medfører deling av økonomisk risiko mellom staten og RHF slik dagens finansieringssystem er.

Departementet foreslår at dagens kombinasjonsmodell videreføres, men at det gjøres noen endringer for å bidra til en styrt utvikling av tjenestenes omfang. Departementet tilrår å redusere takstene og øke basisbevilgningen til RHF for å gi RHF økt ansvar og bedre muligheter for å planlegge det totale offentlige og private tilbud av laboratorie- og røntgentjenester i sin region. Departementet legger til grunn at nytt aktivitetstilskudd bør utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Departementet tilrår å gjennomføre den foreslåtte omleggingen fra 2005.

Enkelte private laboratorier og røntgeninstitutt har i dag trygderefusjon uten avtale med RHF. Departementets forslag innebærer at disse må inngå avtale med RHF for å få refusjon. Dersom dette forslaget tas til følge, må folketrygdloven endres.

Det foreslås at trygderefusjonen fortsatt skal utbetales direkte til de private virksomhetene, mens refusjon for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet foreslås utbetalt til RHF.

60 til 80 prosent av alle henvisninger til offentlige og private laboratorie- og røntgenundersøkelser rekvireres av allmennleger. Det vises til at Rikstrykdeverket i sin høringsuttalelse peker på at "dagens private marked er uoversiktlig og at det er behov for en oversiktlig struktur og finansiering på området. Det vil en ikke oppnå ved å skille etter hvem som rekvirerer prøvene". Departementet deler dette synet og foreslår å videreføre finansieringsansvaret til RHF for prøver rekvirert av allmennleger.

Departementet mener at den foreslåtte finansieringsordningen vil ivareta de samfunnsmessige hensyn som dagens godkjenningsordning var tiltenkt. Departementet foreslår derfor at kravet om etableringsgodkjenning faller bort. For å ivareta hensynet til faglig forsvarlige offentlige og private laboratorie- og røntgentjenester foreslår departementet med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven å forskriftsfeste særskilte kvalitetskrav for virksomhetene.

5.2 Komiteens merknader

Komiteen har merket seg at departementet redegjør for tre modeller for hvordan RHF kan sikre seg røntgen- og laboratorietjenester, og at departementet foreslår en kombinasjonsmodell basert på ramme og stykkpris der takstene reduseres og basisbevilgningen til RHF økes for å gi RHF økt ansvar og bedre mulighet til å håndtere de samla tilbudene, både offentlige og private, innenfor sin region.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og

Senterpartiet, støtter dette da det er i tråd med RHF sitt totale ansvar for helsetjenestetilbudet i regionen.

Flertallet understreker at dette også innebærer at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha avtale med RHF for å oppnå refusjon.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at trygde-refusjonen fortsatt skal utbetales direkte til disse virksomhetene.

Komiteen har under høringene fått innspill om at noen av de private laboratoriene ikke har fått avklaring på sine forhold til RHF, og at de dermed arbeider innenfor en så kort planleggingshorisont at de fort kommer i driftsvansker. Komiteen vil understreke at det er rimelig at RHF sikrer tidligere leverandører av tjenester ei så romslig tidsmessig overgangsordning at de har muligheter til å foreta nødvendige omstillinger i drifta.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, har merket seg at departementet foreslår å videreføre finansieringsansvaret til RHF for laboratorieprøver og røntgen rekvirert av allmennleger under henvisning til at spesialisthelsetjenesten med sin kompetanse bør samarbeide med allmennlegene for å unngå unødig bilde- og prøvetaking. Flertallet deler departementets syn.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, støtter departementets forslag om at dagens godkjenningsordning for privat røntgen- og laboratorievirksomhet faller bort siden den foreslåtte finansieringsordning forutsettes å ivareta de samfunnsmessige hensyn til etableringer. Det innføres særskilte kvalitetskrav for virksomhetene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet kan ikke støtte departementets forslag om å øke driftstilskuddet til private spesialister mot en tilsvarende reduksjon i refusjonstakstene. Disse medlemmer er enig med Regjeringen i at en viderefører kombinasjonsmodellen med ramme og stykkpris til laboratoriene og røntgeninstituttene, men er ikke enig i at man reduserer refusjonstaksten og overfører reduksjonen som økt basisbevilgning til de regionale helseforetakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er enig med departementet i at de regionale helseforetakene i større grad enn hittil må inngå langsiktige avtaler med de private laboratoriene og røntgeninstituttene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil peke på at laboratorier og røntgeninstitutter i dag er avhengig av avtale med RHF for å få dekket sine utgifter ved utførte oppdrag. Helseforetakene benytter i dagens situasjon i stor utstrekning egne tjenester, noe som etter disse medlemmers mening fører til at private tilbydere ikke får avtale med RHF, og følgelig, dersom departementets forslag til finansiering får gjennomslag, mister sitt eksistensgrunnlag. Disse medlemmer viser til Hagenutvalgets innstilling i kapittel 5 der det mener at de regionale helseforetakene bør gjennomgå sin virksomhet med sikte på konkurranseutsetting. Utvalget påpeker at laboratorie- og røntgentjenester kan være egnet for anbudskonkurranse. Disse medlemmer støtter denne innstillingen og mener at en gjennomgang av de regionale helseforetakenes laboratorie- og røntgenvirksomhet bør føre til at regnskap og budsjett for virksomhetene etableres og legges frem for å muliggjøre en sammenligning av kostnader mellom de forskjellige tilbud, private og offentlige. Slik disse medlemmer ser det, vil dette muliggjøre effektiv konkurranse og billigst og best tilbud til brukerne.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) hevdes det at utgiftene til laboratorie- og røntgentjenester har økt betydelig fra 1997 til 2002. Ifølge opplysninger disse medlemmer har mottatt fra private aktører, som henviser til departementets egne tall, er utgiftene til private laboratorier økt med 5,6 prosent i perioden 1999 til 2002, mens utgiftene til de offentlige laboratoriene har økt med 48,4 prosent i samme periode.

Disse medlemmer anser at en overføring av større deler av basisbevilgningen til RHF vil være i strid med disse medlemmers ønske om at alle private, godkjente laboratorier og røntgeninstitutter skal ha rett til full refusjon på samme måte som offentlige uten å måtte ha avtale med RHF.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at de regionale helseforetakenes laboratorie- og røntgenvirksomheter får egne regnskap og budsjetter som gir realistisk grunnlag for sammenligning med andre private og offentlige aktører."

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle godkjente laboratorier og røntgeninstitutt kan motta full refusjon uavhengig av om de har avtale med regionale helseforetak."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til disse medlemmers merknader under kap. 3.2. Disse medlemmer mener at refusjonene til all laboratorie- og røntgenvirksomhet skal underlegges helseforetakene, og at refusjon til disse skal skje gjennom helseforetakene.

Disse medlemmer mener at dagens godkjenningsordning for privat røntgen- og laboratorievirksomhet skal videreføres og tas med i den nasjonale helseplanen som etter disse medlemmers syn

Stortinget skal fatte vedtak om. Disse medlemmer viser til disse medlemmers forslag om dette i sosialkomiteens budsjettinnstilling for 2004.

6. FORSKNING OG UTDANNING

6.1 Sammendrag

Det framholdes at en hensiktsmessig organisering og finansiering av utdannings- og forskningsaktivitet i tilknytning til spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for å sikre pasientbehandling av høy kvalitet.

Foretaksmøtene har fastsatt instruks til RHF-styrene om forholdet mellom foretakene og universiteter og høyskoler. Der blir det blant annet slått fast at det skal opprettes samarbeidsorgan mellom RHF og universitet og høyskoler, og at universitet og høyskoler kan ta del i planlegging av virksomhet som berører forskning og undervisning.

Alle samarbeidsorganene fungerer som rådgivende organ i forhold til forskning og utdannings spørsmål. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF er samarbeidsorganet tillagt beslutningsmyndighet for fordeling av forskningsmidler. Beslutninger avgjøres ved konsensus eller flertall. Det er også opprettet rådgivende samarbeidsorgan mellom helseforetakene og høyskolene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Øst RHF.

Departementet mener at uenighet om fordeling av forskningsmidler skal kunne avgjøres i foretaksmøtet i RHF. Dette forventes å legge press på samarbeidsorganet til å komme fram til enighet. Dersom det likevel skulle vise seg at et uhenksommessig antall saker blir avgjort i foretaksmøtet, vil departementet vurdere behov for endring senere.

Departementet ønsker økt fokus på resultater og kvalitet innen forskning i sykehusene. Det foreslås å innføre resultatbasert finansiering ved fordeling av midler til forskning.

Fra og med 2004 foreslår departementet å fordele 370 mill. kroner til forskning via samarbeidsorganet med 40 prosent vekt på likt beløp per region og 60 prosent vekt på forskningsresultater som skal beregnes på basis av publiserte artikler og fullførte doktorgrader. Modellen vil ikke medføre økte utbetalinger fra staten samlet sett dersom forskningsresultatene øker, men kun påvirke fordelingen av midler mellom RHF.

Departementet vil sikre tilgjengelighet av praksisplasser i sykehusene gjennom sterkere eierstyring og bedre samordning mellom utdanningssektoren og spesialisthelsetjenesten. Departementet vil vurdere effekten av dette tiltaket før det eventuelt innføres en modell med aktivitetsfinansiering.

Dagens undervisningstilskudd som kun gjelder for medisinstudenter i grunnutdanning, vil bli videreført. Departementet vil senere ta sikte på mer likeartet praksisfinansiering enten studentene går på universitet eller høyskole.

Departementet mener at regionsykehusstilskuddet bør erstattes med en ordning som behandler RHF på en ensartet måte.

6.2 Komiteens merknader

Komiteen sier seg enig med departementet i at noe av grunnlaget for pasientbehandling av høy kvalitet er

basert på hensiktsmessig organisering og finansiering av forskning. Komiteen mener i likhet med departementet at det er viktig å opprette et samarbeidsorgan mellom RHF og høyskoler og universitet der høyskole- og universitetsmiljøet deltar i planleggingen av forskning og undervisning. Samarbeidsorganet forutsettes å fordele forskningsmidlene. Hvis uenighet, vil foretaksmøtet i RHF måtte foreta endelig fordeling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, merker seg og støtter at det innføres nye prinsipper for tildeling av forskningsmidler basert på ei vektning mellom regionene og vektlegging av forskningsresultater med basis i publiserte artikler og fullførte doktorgrader. Dette vil totalt sett kunne påvirke fordelingen mellom regionene.

Komiteen understreker behovet for overgangsordninger slik at en unngår kortsiktige svingninger og ikke ensidig fra år til år vektlegger oppnådde resultater. Forskningsresultater er svært ofte resultat av langsiktig arbeid.

Komiteen vil understreke behovet for at en i forskningsstrategien og i forskningsfinansieringa også må sikre en annen type forskning enn den som utføres av medisinerne alene. F.eks. så vil sykepleiefaget ha betydning for kvalitet, faglig forsvarlighet og effektivitet i helseforetakene. Helseforetakene må derfor sikres finansiering som direkte knyttes til forskning og fagutvikling innen sykepleie. Det samme gjelder andre helsefag. Forskningen må derfor ikke ensidig knyttes til universitetssykehusene. Kriteriene for tildeling av forskningsmidler må avpasses til forskning og utvikling innenfor helsefagene.

Komiteen vil understreke at selv om de bedriftsinterne videreutdanningene i sykepleie for flere år siden ble overført til høyskolene, så er disse fortsatt finansiert som oppdragsvirksomhet for høyskolene fra sykehusene, dvs. nå fra de regionale foretakene. Komiteen vil understreke at det er viktig at en presset foretaksøkonomi ikke fører til en fortsatt reduksjon av disse studieplassene. Dessuten er dette små fagmiljøer med få lærerkrefter på hvert av spesialområdene, som kan trues med oppløsning og dermed tap av kompetanse, og som det kan ta tid å bygge opp igjen.

Spesialsykepleierne innen anesthesi-, operasjons-, barne- og kreftsykepleie er nøkkelpersonell i et effektivt og kvalitativt godt helsevesen.

Komiteen har merket seg at departementet tar sikte på en mer likeartet praksisfinansiering enten studentene går på høyskole eller universitet, og ber departementet påskynde dette tiltaket.

Komiteen gir sin tilslutning til at dagens modell for tildeling av regionsykehusstilskuddet erstattes av en ny modell som omfatter alle regionsykehusene på en ensartet måte, siden alle fem regionale helseforetak eier sykehus som driver forskning og utdanning i regi av universitetene. I dagens ordning er ikke Radiumhospitalet og Rikshospitalet omfattet av regionsykehusstilskuddet, men får midlene til forskning, særskilte funksjoner og utdanning integrert i driftsbevilgningene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, sier seg enig i Hagen-utvalgets innstilling som mener at basisbevilgningen til de regionale helseforetak til forskning må være betinget av gitte resultater, eksempelvis i form av antall doktorgrader og publikasjoner, bl.a. ut fra at forskningsartikler og doktorgrader er resultater av langvarig arbeid og satsing på forskning. Flertallet har merket seg at alle høringsinstansene støtter et slikt forslag. Flertallet støtter også meldingens forslag om at fordelingen av forskningsmidler skal skje i samarbeidsorganet og at ved uenighet der overlates avgjørelsen til foretaksmøtet. Flertallet er videre enig i oppdelingen av tilskuddet med 40 prosent som et basisbeløp og 60 prosent betinget av forskningsresultater. Flertallet er også enig i kravet om at de regionale helseforetakene til enhver tid må stille til rådighet praksisundervisning for helsefagstudenter for grunnutdanning.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til disse partiers generelle modell for finansiering av forskning ved universiteter og høyskoler der 60 prosent av bevilgningene er en basisbevilgning og 40 prosent beregnes på basis av forskningsresultater. Disse medlemmer vil legge den samme modellen til grunn når det gjelder finansiering av utdannings- og forskningsaktivitet knytta til spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer har merket seg at det i St.meld. nr. 5 (2003-2004) understrekes at finansieringsmodellen for forskning ikke vil medføre økte utbetalinger fra staten samlet sett dersom forskningsresultatene øker, men kun vil påvirke fordelingen av midler mellom RHF. Disse medlemmer vil påpeke at det må være ønskelig med økt forskning i Norge, og at en bør bestrebe seg på dette også gjennom gode finansieringsordninger som kan økes i tråd med økt forskning/økte forskningsresultater. Disse medlemmer vil videre påpeke behovet for forskning og utdanning som skaper bedre samarbeid med og kvalitet i primærhelsetjenesten. Disse medlemmer vil derfor understreke behovet for å beholde og videreutvikle de undervisningssykehjemmene som er i den enkelte region. Disse medlemmer er kjent med at det i enkelte regioner vurderes å innskrenke antallet av disse. Disse medlemmer mener dette er feil og at en snarere må videreutvikle disse sykehjemmene og øke antallet for å skape arenaer som gir mulighet til kompetanseheving og økt samhandling.

7. DESENTRALISERING, SAMHANDLING, MESTRING OG FOREBYGGING

7.1 Sammendrag

7.1.1 Innsatsstyrt finansiering av desentralisert behandling

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) foreslår en å utvide ISF fra 2004 til i større grad å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste utført ved institusjoner som ikke er godkjent som sykehus, blant annet sykestuer og distrikts-

medisinske sentre. Det forutsettes at behandlingen skjer i regi av spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår at ordningen gjøres landsdekkende fra 2004, og at den i tillegg til dialyse suppleres med tilsvarende ordning for cellegiftbehandling. Basert på erfaringer vil det senere bli vurdert å utvide ordningen til å omfatte hjerteutredning og eventuelle andre behandlingsformer.

7.1.2 Takst for pasientopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er likestilt med pasientbehandling i lov om spesialisthelsetjeneste, og departementet ser behov for å bedre finansieringsordningene på dette området.

I dag gis poliklinisk refusjon for tverrfaglige opplæringsprogram for astmatikere, diabetikere og pasienter med nyresvikt. Departementet ønsker å gjøre de polikliniske takstene til opplæringsprogram uavhengig av diagnose fra 2004.

7.1.3 Forebyggende arbeid

Det understrekes at effektive forebyggingstiltak kan redusere behovet for sykehusbehandling og dermed bidra til kortere ventelister og ventetider.

Departementet påpeker at med unntak av takst for pasientopplæring har helseforetakene i dag få økonomiske insentiver til forebyggende arbeid, mens behandling stimuleres av ISF og poliklinikktilskuddet. Departementet mener at forslaget om å øke basisbevilgningen svarende til en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent vil kunne motvirke denne effekten og stimulere forebyggingsinnsatsen.

Departementet vil videre stille krav i styringsdokumentet for 2004 til at RHF skal tilby opplærings- og egenmestringsprogrammer for utvalgte pasientgrupper, følge opp registre innen sykdoms- og risikoovervåking og veilede og samarbeide med primærhelsetjenesten. Det er et mål å utvikle indikatorer for å kartlegge og påvirke forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten.

7.1.4 Samarbeidstiltak og utredning av langsiktige løsninger

Departementet ser behov for tiltak som kan fremme bedre dialog og tettere samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, og mener det er nødvendig å vurdere nåværende struktur og organisering i dagens helsetjeneste sett i lys av behovet for bedre samhandling og integrasjon mellom ulike aktører og nivåer i første- og annenlinjetjenesten.

Regjeringen vil høsten 2003 sette ned et utvalg som skal vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen.

7.1.5 Fødestuer

Når det gjelder fødestuer, går departementet inn for et avtalebasert samarbeid mellom RHF og kommunene der RHF gis overordnet fag- og driftsansvar og gjør

avtale med aktuelle kommuner om deling av kostnader og ansvar for personell.

Dette innebærer at alle fødestuer blir en organisatorisk del av fødselstilbudet som RHF har ansvar for, og inngår i utredninger og planer for utvikling av regionale ordninger. Som en konsekvens av dette foreslås at lederne for fødestuene er ansatt i helseforetakene. Avtalene forutsettes å regulere finansiering av driften i henhold til fordelingen av oppgaver innen primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Avtalene kan også omfatte deling av stillingshjemler og arbeidsgiveransvar mellom tjenestenivåene.

7.2 Komiteens merknader

7.2.1 *Innsatsstyrt finansiering av desentralisert behandling*

Komiteen mener i likhet med departementene at det er riktig å utvide ISF-systemet slik at det kan spore til desentraliserte spesialisthelsetjenester som kan utføres utenfor godkjente sykehus. Dette kan være god ressursutnyttelse både for pasientene og for helsevesenet, og det kan være god pasientbehandling. Komiteen understreker at det selvsagt må legges udiskutable kvalitetsvurderinger til grunn.

Komiteen er kjent med at det har vært forsøksordning mellom hudavdeling ved et sykehus og to samarbeidende kommuner om utvikling av lokal lysbehandling. Store pasientgrupper har godt utbytte av lysbehandling. Effektiviteten av denne behandlingen er stor, men avhenger av at det er kort avstand mellom behandlingstilbud og bruker. Dette krever selvsagt samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på dette området så vel som på andre områder. Komiteen ber departementet vurdere hvordan disse hensyn kan ivaretas, og ber helseforetakene få til gode opplegg for pasientene i et samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Komiteen er enig i forslaget i meldingen om at ISF utvides til også å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste som for eksempel dialyse og cellegiftbehandling.

7.2.2 *Takst for pasientopplæring*

Komiteen understreker at pasientopplæring er en av de lovpålagte oppgavene som spesialisthelsetjenesten har. Dette må tas på enda større alvor enn det som til dels har vært tilfellet hittil. Dette har betydning for riktig behandling, rehabilitering, kostnadsbesparelse både for helsevesen og pasientene og ikke minst som en viktig side ved vellykket forebygging.

Komiteen er derfor godt tilfreds med at departementet foreslår å innføre poliklinikktaikster til opplæringsprogram uavhengig av diagnose. Komiteen understreker i denne sammenheng at brukerkompetansen må tas på alvor.

Komiteen er enig i at taksten for pasientopplæring utvides til å gjelde uavhengig av diagnose når pasientene er henvist av lege.

7.2.3 *Forebyggende arbeid*

Komiteen merker seg at departementet framholder det forebyggende arbeidet som viktig både for å redusere behandlingsbehov og redusere ventetid og ventelister. Dette er definitivt riktig, men de økonomiske insitamentene i spesialisthelsetjenesten har manglet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er enig i at mindre ISF-andel kan stimulere foretakene til å se mer helhetlig på pasienten, men flertallet mener at dette ikke er tilstrekkelig. Det må åpenbart settes kraftigere søkelys på dette. Spesialisthelsetjenesten må være villig til et reelt samarbeid med kommunehelsetjenesten bl.a. på risikoovervåking slik departementet foreslår.

Flertallet viser til at det i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge uttrykkes at det skal satses mer på forebyggende medisin, også i regi av spesialisthelsetjenesten. Samtidig omtaler meldingen at det er et problem med manglende økonomiske incentiver for å oppnå slik forebygging.

I dag brukes svært lite av midlene i spesialisthelsetjenesten til forebygging. I St.meld. nr. 16 (2002-2003) er arbeidsmedisinske avdelinger angitt som "... eksempel på forebygging i regi av spesialisthelsetjenesten".

De seks regionale arbeids- og miljømedisinske sykehusavdelingene bidrar etter flertallets syn vesentlig til forebygging i regi av spesialisthelsetjenesten, særlig på områder som ikke er spesielt individrettet. Disse avdelingene bidrar til forebygging innen arbeidslivet på områder som inneklimate, forurensning/helse, risiko-håndtering og -informasjon.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at helseforetakene i sin omstrukturering vil kunne komme til å bygge ned forebyggende aktiviteter, (herunder arbeids- og miljørettet medisin) dersom disse aktivitetene ikke sikres et finansieringssystem som dekker de løpende utgiftene. Disse medlemmer vil derfor understreke behovet for å utvikle finansieringssystemer rettet inn mot det forebyggende helsearbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten som bidrar til en utvikling av dette.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å utforme finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten slik at det forebyggende helsearbeidet i regi av spesialisthelsetjenesten kan styrkes og videreutvikles, og slik at også miljørettede tiltak som ikke er direkte individbaserte, blir finansiert gjennom tilskuddene til helseforetakene."

Disse medlemmer mener at helsefremmende arbeid og forebygging må oppprioriteres og foregå i tett samhandling mellom de ansvarlige aktører. Det gjelder både helseforetakene og de folkevalgte nivåene; regio-

nalt nivå – fylkeskommunene som fylkesplanansvarlige, og primærhelsetjenesten ved kommunene, og at det må settes kraftigere søkelys på spesialisthelsetjenestens ansvar her. Disse medlemmer vil understreke at en ved å fremme helse og forebygging vil bidra til at den enkeltes livskvalitet høynes, samtidig som en reduserer behovet for behandling, rehabilitering og trygdeutgifter.

7.2.4 Samarbeidstiltak og utredning av langsiktige løsninger

Komiteen er enig med departementet i at det nå settes i gang et planmessig arbeid for å vurdere samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Komiteen ser at det i forbindelse med diskusjonen om strukturer i spesialisthelsetjenestene er behov for raskt å komme med forslag til tiltak og betingelser som kan underbygge ei ønsket utvikling.

Komiteen er positiv til at det er nedsatt et utvalg som skal vurdere rammebetingelsene for å bedre samhandlingen mellom den kommunale helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil dog bemerke at spørsmålet om å slå primærhelsetjenesten sammen med spesialisthelsetjenesten til én enhet bør utredes.

7.2.5 Fødestuer

Komiteen viser til at Stortinget i forskjellige sammenhenger har uttalt seg om fødestuene plass i helsevesenet, om driftsansvar og finansiering. Bakgrunnen er bl.a. at fødestuene har vært en viktig del av et desentralisert fødetilbud. Ulike modeller har også vært praktisert og utviklet.

Komiteen ser det som viktig at flest mulige forhold blir avklart og vedtatt slik at ansvar blir bestemt. Komiteen sier seg enig i at en nå legger grunnlaget for et avtalebasert forhold mellom RHF og kommunene, noe som skal innebære at alle fødestuer blir en organisatorisk del av fødselstilbudet som RHF har ansvar for.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, er òg enig i at avtalene klargjør at lederne ved fødestuene tilsettes i helseforetakene, og at finansieringen reguleres i driftsavtaler i henhold til driftsopplegg der fordelingen av stillingshjemler mellom de to nivåene er klargjort.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at de regionale helseforetakene bør ha det faglige og det finansieringsmessige ansvaret for fødestuene, og disse medlemmer vil avvise at kommunene pålegges å delta i finansieringen av offentlige fødestuer.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at spesi-

alisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal kunne samarbeide om fagpersonell ved fødestuene. Dette kan ha betydning for å få tilstrekkelig med fagpersonell for begge nivåer, bl.a. er det viktig for å sikre jordmordekningen også i kommunene. Men det må være slik at spesialisthelsetjenesten har både det faglige og økonomiske ansvaret for all virksomhet som skjer ved fødestuene.

Når det gjelder ansvaret for syketransporten, viser komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet til at Fremskrittspartiet har gått imot en overføring av syketransporten fra Rikstrygdeverket til de regionale foretakene.

8. HØYSPESIALISERTE TJENESTER

8.1 Sammendrag

8.1.1 Styring av høyspesialiserte funksjoner

For å sikre nasjonal styring og prioritering av høyspesialiserte funksjoner mener departementet at staten fortsatt bør bestemme hva som skal være landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre, og ved hvilke RHF disse skal være lokalisert.

Departementet foreslår at staten ikke lenger skal bestemme hva som til enhver tid er flerregionale funksjoner. RHF forutsettes å inngå et samarbeid om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner samt å etablere nødvendige avtaler om kostnadsdeling eller kjøp av tjenester. Ved uenighet skal staten kunne avgjøre lokalisering av flerregionale funksjoner, og statens mulighet til å pålegge RHF å opprette eller avvikle slike funksjoner bør derfor etter departementets mening opprettholdes.

8.1.2 Tilskudd til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering

Departementet foreslår at dagens øremerkede tilskudd til landsfunksjoner og flerregionale funksjoner avvikles fra og med 2004. Midlene foreslås innlemmet i basisbevillingen til RHF og fordelt i tråd med fastsatte kriterier. Ved etablering av nye høyspesialiserte funksjoner forutsettes det at RHF sørger for kostnadsdekning gjennom avtaler med øvrige RHF. RHF må da i samarbeid vurdere behovet for behandlingstilbudet opp mot andre behov. Staten vil som eier kunne stille krav til innholdet i avtalene dersom det ikke blir enighet mellom RHF.

8.1.3 Videreutvikling av DRG-finansiering av høyspesialiserte funksjoner

Departementet foreslår at det utvikles mer treffsikre og spesifikke DRG for høyspesialisert behandling på flere områder enn i dag.

8.1.4 Avvikling av normerte priser for høyspesialiserte funksjoner

Departementet foreslår å avvikle ordningen med statlig normerte gjestepasientpriser for lands- og flerregionale funksjoner fra 2004 og vil også vurdere dette for det øvrige gjestepasientoppjøret. Det legges til grunn

at RHF inngår avtaler om gjestepasientoppgjør for høyspesialiserte funksjoner der det også ses hen til kostnadene for tilsvarende behandling i andre land. Ved uenighet vil staten kunne avgjøre forutsetningene for det økonomiske oppgjøret.

Departementet antar at dette vil kunne bidra til at den geografiske fordelingen av pasienter ved de høyspesialiserte funksjonene blir noe jevnere.

8.1.5 Nasjonale kompetansesentre

Det foreslås å videreføre ordningen med statlig tilskudd til nasjonale kompetansesentre. Forskning som drives i regi av nasjonale kompetansesentre, og som resulterer i publikasjoner og doktorgrader, vil omfattes av forslag om ny finansieringsmodell for forskning.

8.1.6 Finansiering av cochlea-implantater

Det vises til at forslaget i Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) om at pasienten ved eventuelt brudd på individuelt fastsatt tidsfrist for behandling vil ha rett til å få behandling ved privat sykehus eller i utlandet, vil innebære et sterkt økonomisk insentiv for RHF til å legge til rette for at nødvendig behandling gis innen fastsatte tidsfrister. Det uttales at dette innbefatter å inngå avtaler med sykehus som har lands- og flerregional funksjon for cochlea-operasjoner slik at tilstrekkelig tilbud sikres. Departementet forutsetter at RHF blir innbyrdes enige om hvilke priser som skal betales for diagnostikk og behandling også ved landsfunksjoner. Helsedepartementet vil som eier instruere foretakene for å få dette til om nødvendig.

8.2 Komiteens merknader

8.2.1 Styring av høyspesialiserte funksjoner

Komiteen sier seg enig i forslaget om at staten fortsatt skal bestemme hva som skal være landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre, og hvor disse skal ligge. Dessuten er det gode grunner, både kvalitetsmessige og ressursmessige, til at slike funksjoner ikke kan spres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, er på samme måte enig i at staten ikke skal bestemme hva som skal være flerregionale funksjoner. Med det ansvar RHF har for helsetilbudet til regionens befolkning, er det naturlig at RHF tar dette ansvaret og inngår nødvendig samarbeid med hverandre om oppgaveløsning.

Komiteen mener at staten skal ha full mulighet til å pålegge RHF å opprettholde eller utvikle flerregionale funksjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at det er svært viktig å ikke bygge ned de miljøer ved Rikshospitalet eller andre regionsykehus som har høyspesialisert kompetanse, slik at tunge fag-

miljøer splittes opp med fare for at pasienter som har behov for høyspesialisert behandling, kan få et dårligere tilbud i framtida enn det de har i dag.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er av den formening at staten fortsatt bør ha et ansvar for å bestemme hvor de flerregionale funksjoner skal ligge, slik ordningen er i dag.

8.2.2 Tilskudd til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering

Komiteen støtter opplegget for tilskudd til høyspesialisert pasientbehandling og diagnostisering som innebærer at øremerkede ressurser til landsfunksjoner og flerregionale funksjoner fra 2004 legges inn i RHF sine basisbevilgninger etter bestemte kriterier. Dette vil være i tråd med RHF sitt "sørge for"-ansvar for sitt geografiske område.

Komiteen er fornøyd med at tilskuddet til de lands- og flerregionale funksjonene innlemmes i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

8.2.3 Videreutvikling av DRG-finansiering av høyspesialiserte funksjoner

Komiteen understreker sterkt at det haster med å få utviklet mer treffsikre og spesifikke DRG der det mangler for den høyspesialiserte behandling. Komiteen mener at dette arbeidet må prioriteres og ikke ta to til tre år som departementet antar.

Komiteen er enig i at det settes i gang et arbeid for å utvikle mer spesifikke og tilfredsstillende refusjoner for høyspesialiserte behandlinger, eksempelvis innsetting av cochlea-implantater.

8.2.4 Avvikling av normerte priser for høyspesialiserte funksjoner

Komiteen ser at det er store forskjeller mellom regionene når det gjelder pasientenes tilgang til høyspesialiserte funksjoner og tjenester. Det vises til at departementet sier at for eksempel en Akershus-pasient har ca. tre ganger høyere sannsynlighet enn en Tromsø-pasient for å bli henvist til en landsfunksjon. Årsakene til dette er trolig mangeartede. Komiteen gir sin tilslutning til at en avvikler ordningen med statlige normerte gjestepasientpriser for lands- og flerregionale funksjoner samtidig som dette skal vurderes for den øvrige delen av gjestepasientoppgjøret. Komiteen er innforstått med at RHF inngår avtaler om gjestepasientoppgjør for de høyspesialiserte funksjonene. Komiteen er også enig med departementet i at dersom uenighet oppstår, skal staten avgjøre forutsetningene for det økonomiske oppgjøret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at en del av den høyspesialiserte behandlingen er underfinansiert, og mener at det er viktig at refusjonssatsene gjennom utviklingen av DRG-poeng og

innsatsstyrt finansiering samsvarer med det som er god og anerkjent medisinsk praksis. Flertallet vil klart understreke at selv om en nå går bort fra normerte priser på høyspesialisert behandling, så må ikke dette føre til at de avtaler som skal gjøres mellom regionale helseforetak og de enkelte helseforetak som utfører høyspesialisert behandling, blir satt lavere enn det kostnadsnivå som ligger til grunn for å utføre disse helsetjenestene.

Ei underfinansiering vil både kunne undergrave helseforetakenes økonomi og kvaliteten på behandlingen.

8.2.5 Nasjonale kompetansesentre

Komiteen viser til at nasjonale kompetansesentre har oppgaver som utføres bare ett sted, der forskning, kompetansebygging og kompetansespredning er hovedelementer. Derfor bør disse finansieres gjennom statlige tilskudd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er enig i at tilskuddet til ulike kompetansesentra fortsatt får egen post i statsbudsjettet.

9. PASIENTBEHANDLING I UTLANDET

9.1 Sammendrag

Departementet har i sin vurdering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet for revmatikere m.m. blant annet lagt vekt på at ordningen gjelder spesielle kronikergrupper som er begrenset i antall, og at tilbudet om behandling i utlandet for denne gruppen i hovedsak er et supplerende tilbud som ikke erstatter behandling i Norge, men som kommer i tillegg til annen behandling. Departementet tilrår å videreføre ordningen med behandlingsreiser for revmatikere som et særskilt tilskudd som blir administrert av Rikshospitalet.

9.2 Komiteens merknader

Komiteen mener i likhet med departementet at behandlingsreiser til utlandet for revmatikere, pasienter med psoriasis, barn og ungdom med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem skal videreføres som nå med staten som direkte ansvarlig. Hagenutvalgets forslag om å overføre dette ansvaret til RHF ville etter komiteens mening vært uheldig og representert en fare for avvikling eller i alle fall en fare for stor ulikhet mellom regionene. Komiteen erfarer at dette tilbudet fungerer meget godt og gir pasientene stor helsegevinst og forbedret livskvalitet. Komiteen mener at en må søke å utvide tilbudet bl.a. fordi mange pasienter som har behov, får avslag på sine søknader. Komiteen ber departementet vurdere å innføre behandlingsreiser for voksne med atopisk eksem.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at erfaringen med utenlandsmilliarden som Fremskrittspartiet i sin tid fikk bevilget, er udelte positiv. Ikke bare fikk ca. 6 000 pasienter behand-

ling i utlandet, pasienter som hadde stått på venteliste i lang tid, men også de norske fagmiljøene fikk utvidet sin kompetanse på ulike felt. Særlig har Rikshospitalet gitt uttrykk for dette i sin rapport om erfaringen med utenlandsmilliarden. Disse medlemmer vil sterkt beklage at det ikke har vært mulig å opprettholde utenlandsbehandlingen i tilstrekkelig omfang.

Disse medlemmer viser til pasientrettighetsloven som ligger i Stortinget til behandling, og som vil gi pasienter som ikke får behandling i Norge innen fastsatt tid, rett til behandling eksempelvis i utlandet. Det er grunn til å tro at utgifter til slik behandling vil øke i årene fremover, noe som disse medlemmer ikke mener departementet har tatt høyde for i det foreliggende forslag til statsbudsjett for 2004 for helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet sier seg glad for at ordningen med behandlingsreiser til utlandet fortsatt skal være en egen post i statsbudsjettet, og at ordningen administreres av Rikshospitalet. Disse medlemmer vil i denne sammenheng bemerke at det er behov for en betydelig økning av antall behandlingsplasser for helserehabilitering også i utlandet.

10. FORDELINGSKRITERIER OG KAPITAL

10.1 Sammendrag

Det redegjøres for Hagenutvalgets forslag til kostnadsnøkler for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd, og departementet mener at disse danner et godt utgangspunkt for fordeling av basisbevilgning mellom RHF. Men å kun legge nøklene til grunn for fordelingen av midler vil gi større omfordelingsvirkninger enn departementet vil tilrå. Det foreslås derfor løsninger som gjør at ressursfordelingen endres i retningen som kostnadsnøklerne indikerer, samtidig som en også legger noe vekt på dagens fordeling.

Departementet går inn for at midler til dekning av avskrivninger på realkapital tilføres gjennom basisbevilgningen. Departementet har lagt vekt på at ansvaret for beslutninger knyttet til investeringer i all hovedsak er lagt til RHF.

Departementet mener at dersom bevilgningen som dekker kostnader knyttet til avskrivninger, skal følge samme fordeling som den øvrige basisbevilgningen, vil dette gi uønskede utslag i forhold til nivået på realkapital i de enkelte RHF. Det foreslås derfor at denne delen av bevilgningen håndteres særskilt slik at man både legger vekt på den faktiske fordelingen av realkapital og kostnadsnøklerne. Departementet foreslår at en tar hensyn til fordelingen av gjestepasienter når en fordeler inntekter for å dekke avskrivninger.

Det påpekes at bruk av kostnadsnøklerne vil innebære til dels store omfordelinger av kapital mellom RHF i forhold til dagens fordeling. Departementet har vurdert at omfordelingene er for store sett i forhold til å sikre et forsvarlig aktivitetsnivå i alle de fem RHF. Det foreslås derfor at inntektene til å dekke avskrivninger blir fordelt med 50 prosent vekt på nåværende fordeling av

realkapitalen og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler. Forslaget innebærer økte overføringer til Helse Øst og Midt-Norge RHF og mindre overføringer til Helse Sør, Helse Vest og Helse Nord RHF.

Det påpekes at i likhet med fordeling av inntekter for å dekke avskrivninger innebærer bruk av kostnadsnøkler på den øvrige basisbevilgningen også betydelig omfordeling sammenliknet med dagens inntektsfordeling. For å dempe utslagene for RHF foreslås det at basisbevilgningen fordeles med 50 prosent vekt på dagens fordeling og med 50 prosent vekt på kostnadsnøkler. Men også disse omfordelingsvirkningene er større enn departementet vil tilrå spesielt med hensyn til Helse Nord RHF. Det foreslås derfor et eget tillegg til Helse Nord RHF. Tillegget finansieres med et prosentvis like stort trekk fra regioner som skal få økte overføringer etter den foreslåtte inntektsfordelingen, dog slik at ingen av disse regionene skal få en lavere inntekt enn dagens nivå på overføringene.

Etter Helsedepartementets vurdering vil det undergrave systemets legitimitet hvis overgangsperioden mellom nåværende og nytt inntektssystem blir for lang. Det vises til at fem år tilsvarer det som nå brukes i inntektssystemet for kommunesektoren. Departementet foreslår at dette legges til grunn også for RHF.

Det foreslås at kostnadsnøkler først skal gjelde fra budsjettåret 2005.

10.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at en av målsettingene med helse reformen var å få til et mer likeverdig helsetilbud over hele landet. I denne sammenheng drøftet også sosialkomiteen i forbindelse med Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002–2003) eventuelle skjjevheter i overføringen mellom regionene og tiltak for å rette opp dette.

Komiteen konstaterer at Hagen-utvalget har gått relativt grundig inn på dette og foreslått et sett av kriterier for både somatikk og psykiatri og for tilførsel av midler til dekning av avskrivninger på bygg og anlegg.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, har merket seg at om en kun skulle legge en nøkkel til grunn basert på disse kriteriene, ville dette gi store omfordelingsvirkninger mellom regionene. Flertallet mener, uten å ha mulighet til å foreta noen tekniske beregninger av departementets forslag, at departements vurdering om at basisbevilgningen fordeles med 50 prosent vekt på dagens fordeling og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler må legges til grunn.

Komiteen merker seg at også dette vil gi større omfordelinger enn hva som synes håndterbart, spesielt for Helse Nord. Komiteen støtter derfor departementets forslag om å legge inn et tillegg til Helse Nord, finansiert innenfor totalrammen. Komiteen mener i likhet med departementet at nye kostnadsnøkler med virkning allerede fra 2004 vil kunne få uønskede virkninger for tjenestetilbudet. Komiteen vil her vektlegge de betydelige omstillingskrav som allerede ligger på RHF utenom dette ovennevnte forholdet. Komiteen

er derfor enig i at omleggingen starter fra 2005 med innfasing over fem år tilsvarende det som brukes i inntektssystemet for kommunesektoren.

Komiteen har merket seg at departementet foreslår at midler til dekning av avskrivninger på realkapital, dvs. bygg og anlegg, tilføres gjennom basisbevilgningen, bl.a. ut fra at RHF i all hovedsak har ansvar for investeringsbeslutninger. Komiteen tar ikke stilling til nivået på de inntektene som skal dekke avskrivninger.

Komiteen mener i likhet med departementet at verdisetningen av foretakenes kapital er et sentralt element. Komiteen merker seg at departementet legger til grunn at dersom bevilgningen som dekker kostnader knyttet til avskrivninger, skal følge samme fordeling som den øvrige basisbevilgningen, så ville dette gi uønskede utslag i forhold til realkapitalen i de enkelte RHF. Departementet legger derfor til grunn både den faktiske fordeling av realkapital og kostnadsnøkler.

Komiteen merker seg også at departementet mener at gjestepasientstrømmene skal tillegges vekt, noe som illustreres ved at Rikshospitalet HF er dimensjonert for å dekke deler av behovet i f.eks. Helse Øst.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der Senterpartiet sammen med Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer forslag om at Regjeringen må vurdere hvorvidt bevilgningene til Helse Vest er riktig sett i forhold til de øvrige foretakene. Disse medlemmer vil understreke at en slik avklaring må skje snarest mulig.

Disse medlemmer støtter Regjeringens forslag om å komme tilbake med en ny vurdering av fordelingskriterier. Disse medlemmer mener det er et stort spørsmål om man har det grunnlagsmateriale som trengs slik at man kan fange opp og ta hensyn til endringer i behandlingsbehov, og ikke minst utjevne de forskjeller som allerede eksisterer mellom og innen helseforetakene. Disse medlemmer mener derfor det er behov for flere og mer dekkende grunnlagsdata for å vurdere ny inntektsfordeling og kostnadsnøkkel. Dette gjelder i særlig grad psykiatrien. Disse medlemmer mener derfor at et grunnleggende arbeid må gjøres for å skaffe grunnlagsdata og oversikt over befolkningens helsetilstand forut for arbeidet med å vurdere ny inntektsfordeling og kostnadsnøkkel. Disse medlemmer vil peke på at både RHFene, fylkeskommuner og kommuner er ansvarlig for befolkningens helse på hver sine områder, og at det derfor må til et sterkere samarbeid på dette området. Arbeidet bør etter disse medlemmers oppfatning settes i gang allerede i 2004, og samordnes med andre tiltak for samme formål.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet har stor sans for Hagen-utvalgets forslag til fordeling av kapital og hadde gjerne sett at Regjeringen hadde gått for dette. Disse medlemmer vil imidlertid ikke ta opp forslag om fordeling på bakgrunn av Hagen-utredningens innstilling.

Disse medlemmer vil anbefale at den nye fordeling av basisbevilgning og kriterier for disse gjøres så raskt som mulig, idet det i dag finnes stor misnøye i enkelte regionale foretak som synes seg forfordelt når det gjelder basisbevilgning. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til Helse Vest som helt siden reformen ble igangsatt åpenbart har vært underfinansiert på grunn av gal fordeling.

11. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

11.1 Sammendrag

Økonomiske og administrative konsekvenser av tiltak som skal iverksettes fra 2005, vil bli omtalt i forslaget til statsbudsjett for 2005.

11.1.1 Hovedinntektsmodell for RHF

For å øke basisbevilgningen tilsvarende reduksjonen i ISF- og poliklinikksatsene foreslås det å overføre 5 831 mill. kroner fra post 76 og 799 mill. kroner fra post 77 til postene 71-75 under budsjettkapittel 732 i St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Utvikling av pasientklassifiseringssystemer vil medføre noe økte utgifter på statsbudsjettet. Departementet foreslår i St.prp. nr. 1 (2003-2004) at det settes av 5 mill. kroner til dette formålet i 2004, og samme beløp foreslås avsatt for å øke innsatsen for bedre kvalitet på koding og kontroll av ISF-ordningen.

Dersom forslaget om å utbetale poliklinikktilskuddet til RHF vedtas, medfører det at RHF får noe administrativt merarbeid.

11.1.2 Desentralisering, samhandling, mestring og forebygging

Forslaget om en utvidelse av innsatsstyrt finansiering mot desentralisert spesialisthelsetjeneste vil ikke medføre økte kostnader for staten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett for 2004 der helseforetakenes driftsrammer foreslås økt med 1,1 mrd. kroner ved at dette beløpet fordeles til de regionale helseforetakene over posten 71-75 under budsjettkapittel 732.

12. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at refusjon til avtalespesialister og psykologer, private

laboratorier og røntgeninstitutter skjer via helseforetakene, og at økonomiske midler for refusjonene overføres fra folketrygden til helseforetakene.

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen om å utforme finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten slik at det forebyggende helsearbeidet i regi av spesialisthelsetjenesten kan styrkes og videreutvikles, og slik at også miljørettede tiltak som ikke er direkte individbaserte, blir finansiert gjennom tilskuddene til helseforetakene.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen om å utrede muligheten for etablering av et eget frittstående sykehusdirektorat som skal gis hovedansvaret for den videre utviklingen av ISF og DRG-systemet. Direktoratet skal også gis ansvaret for å kontrollere at de regionale helseforetakene etterfølger sitt "sørge for"-ansvar.

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle godkjente private helsetilbydere skal tilstås ISF-refusjon.

Forslag 5

Stortinget ber Regjeringen vurdere muligheten for å kunne tillegge private sykehus, klinikker og eventuelt spesialister et større ansvar for undervisning og forskning.

Forslag 6

Stortinget ber Regjeringen sørge for at de regionale helseforetakenes laboratorie- og røntgenvirksomheter får egne regnskap og budsjetter som gir realistisk grunnlag for sammenligning med andre private og offentlige aktører.

Forslag 7

Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle godkjente laboratorier og røntgeninstitutt kan motta full refusjon uavhengig av om de har avtale med regionale helseforetak.

13. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har ellers ingen merknader, viser til meldingen og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

St.meld. nr. 5 (2003-2004) - Om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten – vedlegges protokollen.

Oslo, i sosialkomiteen, den 9. desember 2003

John I. Alvheim
leder

Asmund Kristoffersen
ordfører

