

å stumpe røyken, men som nå avventer i ren opposisjon.

Den fundamentalistiske holdningen er et autoritært overgrep på enkeltmennesket. Hvem vil være med i et antiautoritært forum, en gruppe som kan diskutere røykelov og andre utslag av autoritær tenkning? Ta kontakt på *l-dan-e@online.no* hvis du er interessert.

**Lasse Efskind**  
Nesøya

## Legeforeningen og sykehusfinansieringen

Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, diskuterer i Tidsskriftet nr. 22/2003 finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Bakkes utgangspunkt er at Legeforeningen i sin høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling (1) sluttet seg til de fleste av innstillingens flertallsforslag. Ett av unntakene gjaldt hovedmodell for finansiering mellom stat og de regionale helseforetakene, der Legeforeningen valgte å støtte mindretallet i utvalget. Regjeringen har i hovedsak også valgt å følge mindretallets linje på dette punktet (2).

Vi skal ikke polemisere mot Legeforeningens standpunkt, men vil kommentere noen momenter ved forståelsen av finansierings-systemet slik den kommer til uttrykk i presidentens kommentar. Vi siterer fra kommentaren: «Vi mener flertallsinnstillingen (fra Hagen-utvalget) representerer en sofistikert variant av rammefinansiering av de regionale helseforetakene, ved den såkalte toppfinansieringsmodellen. I stedet ønsket Legeforeningen en aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Vi mente at de regionale helseforetakene ville vegre seg for å aktivitetsfinansiere sykehusene, dersom de selv ble finansiert gjennom et rammepreget system.»

Vi derimot mener at toppfinansieringsmodellen både gir klarere ansvarsforhold, bedre grunnlag for aktivitetsbasert finansiering og dermed sterkere incentiver til effektiv drift enn det som blir resultatene ved finansieringsmodellen som velges fra 2004. Vi skal kort begrunne hvorfor.

Toppfinansieringsmodellen innebærer at staten eksplisitt definerer aktivitetsnivå og effektivitetsforutsetninger for de regionale helseforetakenes stykkprisbaserte aktiviteter. Aktiviteten fullfinansieres av staten på samme måte som i dagens modell, med en kombinasjon av basisbevilgning og stykkpris. Forskjellen mellom regjeringens forslag og toppfinansieringsmodellen er at toppfinansieringsmodellen gjennom det eksplisitt definerte aktivitetsnivået klart plasserer ansvaret for eventuelle økninger i ventetider. Skjer det økninger i ventetider samtidig med at foretakene holder effektivitetsforutsetningene, ligger ansvaret på

staten. Da har de økonomiske rammene vært for små til å møte etterspørselen.

I tillegg til å fullfinansiere et definert aktivitetsnivå legger toppfinansieringsmodellen opp til delfinansiering av en viss aktivitet (2 %) utover dette nivået. Siden delfinansieringen stopper hvis aktivitetsveksten blir større enn 2 %, trenger ikke staten å være bekymret for at vridningene mellom somatikk og f.eks. psykiatri blir store. Staten kan derfor tillate seg å bruke en høy stykkprissats, for eksempel 60 % av DRG-pris, på aktiviteten som delfinansieres.

La oss anta at marginalkostnaden for DRG-basert aktivitet er 80 % av gjennomsnittlig DRG-pris. Avviket mellom marginal inntekt og marginal kostnad blir da betydelig ved regjeringens modell (40 % av DRG-pris). Dette kan lede til at sykehusene med regjeringens modell i praksis stilles overfor rene rammekontrakter. I toppfinansieringsmodellen er dette annerledes. Ved at man delfinansierer (60 % DRG-pris) en viss aktivitet (2 %) utover det som er fullfinansiert, vil man gi sterkere incentiver til aktivitetsbaserte kontrakter enn ved regjeringens forslag. Staten vil ved toppfinansieringsmodellen bære en større risiko ved aktivitetsøkninger inntil 3 % utover planlagt nivå enn ved regjeringens forslag.

**Terje P. Hagen**  
**Oddvar Kaarbø**  
Senter for helseadministrasjon  
Universitetet i Oslo

### Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenestene. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2003.
2. St.meld. nr. 5 (2003–2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

### Presidenten svarer:

Felles for alle finansieringsystemer for helsetjenester er at de skal ivareta ulike hensyn. Hensynet til pasientenes behov og behovet for kostnadskontroll står sentralt, og disse er ofte motstridende. For Legeforeningen har hensynet til pasientene ført til at vi i en årrekke har ønsket et finansieringssystem der det lønner seg å behandle syke mennesker.

Det at vi ikke ønsket toppfinansieringsmodellen flertallet i utvalget anbefalte, skyldtes at vi vurderer denne annerledes enn det Terje P. Hagen & Oddvar Kaarbø gjør. De forutsetninger de synes å legge til grunn, tviler vi på om det er grunnlag for.

Det ene er at vi, på bakgrunn av tidligere erfaringer med rammefinansiering, har begrenset tro på at staten ville legge inn i modellen et realistisk aktivitetsnivå. Den andre forutsetningen, at staten – og de regionale helseforetakene – ville beholdt

60 % innsattsstyrt finansiering i deres forslag til modell er antakelig mer sannsynlig, men langt fra sikker. Uansett – om aktiviteten i sykehus er utilstrekkelig i forhold til pasientenes behov fordi staten har lagt til grunn for lav aktivitet, eller om det samme skjer fordi marginalkostnadene i for liten grad dekkes gjennom den innsattsstyrte finansieringen, er det i begge tilfeller staten som sitter med ansvaret for dette. For pasientene er resultatet det samme, og hvem som har ansvaret, er for dem underordnet.

Legeforeningen fryktet at den såkalte toppfinansieringsmodellen, med rammefinansiering opp til et avtalt aktivitetsnivå og deretter delvis aktivitetsfinansiering inntil en nærmere fastsatt maksimumsgrense, i unødig grad vil velte risikoen ved aktivitetsvekst over på de regionale foretakene – og i neste omgang over på sykehusene. Dersom de regionale foretakene valgte å finansiere sine sykehus på samme måte som staten ville finansiere de regionale helseforetakene, ville de enkelte sykehus/foretak måtte bære all risiko knyttet til behandling av pasienter utover maksimumsgrensen.

Hagen & Kaarbø har selvfølgelig rett i at toppfinansieringsmodellen med 50–60 % finansiering av DRG-pris gir sterkere incentiver og mindre risiko enn regjeringens modell med 40 % av DRG-pris. Dette vil imidlertid kun gjelde for aktivitet som ligger i mellom avtalt aktivitetsnivå og et nærmere fastsatt maksimumsnivå, eksempelvis +2 %. Ved behandlingsbehov utover dette ville alle kostnader og all risiko måtte bæres av sykehuset selv. Når man i en region i slutten av november har nådd maksimumsgrensen på for eksempel +2 %, men fortsatt har kapasitet til å kutte i ventelistene, ville fort helsepersonellet måtte vente på nytt budsjettår, mens pasientene igjen ville måtte vente på helsepersonellet.

**Hans Kristian Bakke**  
Den norske lægeforening

## Om emnevalg i Tidsskriftet

På siste side i årets første nummer, Tidsskriftet nr. 1/2004 (utgitt og mottatt i desember), bringer Tidsskriftet en artikkel med overskriften *Da terrorkrigen sporet av* (1), forfattet av Henrik Thune, for anledningen presentert som gjesteskribent.

Utenriksfilosofiske emner hører ikke hjemme i vårt tidsskrift.

**Magne Østensen**  
Tønsberg

### Litteratur

1. Thune H. Da terrorkrigen sporet av. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 136.