

Kartlegging – beregning og regulering av priser for private helseaktører som mottar offentlig finansiering

Om notatet

Høsten 2021 oppnevnte regjeringen et utvalg (Apotekutvalget) som skal se på hvordan fremtidens apotek kan innrettes. Dette notatet er et informasjonsunderlag utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra Apotekforeningen.

Bakgrunn

Apotekenes maksimale innkjøpspris og avanse på reseptpliktige legemidler fastsettes av Statens legemiddelverk. Maksimal apotekavance fastsettes per pakning ved at det ut fra apotekenes maksimal innkjøpspris (maksimal AIP) beregnes et prosenttillegg og deretter legges til kronetillegg og gebyr. Fra 1. juli 2019 gjelder følgende avansesatser (ekskl. mva.):

- Prosentpåslag: 2,0 prosent legemidlets maksimale innkjøpspris
- Kronetillegg: 29 kr per pakning
- Tillegg for A/B-preparater: 19 kr per pakning
- Kjølevaretillegg: 0,5 prosent av legemidlets maksimale innkjøpspris

Årsaken til avansereguleringen er blant annet at Folketrygden refunderer en vesentlig del av pasientenes legemiddelutgifter, samt at mange legemidler er patenterte og dermed in mindre grad utsettes for konkurranse. Regulering skal sikre at pasienter og Folketrygden ikke betaler for mye for legemidlene.

Apotekavansen skal dekke kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndtering. Dagens avansestructur har forblitt uendret siden 2018, og inneholder ingen former for prisjustering av kronetillegg i avanser og takster. Dette innebærer at realverdien av kronetillegget i avansen reduseres hvert år det ikke prisjusteres, samtidig som kostnadene knyttet til lovpålagte oppgaver, faglige krav, personalkostnader, husleie og IT/digitale plattformer har økt.

Private helseaktører med offentlig finansiering utgjør en vesentlig del av helsetilbudet i Norge, og apotekene er ikke de eneste private aktørene hvor store deler av finansieringen skjer gjennom det offentlige.

Dette notatet oppsummerer finansierings- og reguleringsmekanismene for et utvalg av andre private aktører som leverer tjenester eller varer innenfor helsesektoren, hvor finansieringen hovedsakelig skjer via offentlig myndighet eller helseforetak.

Allmennleger, legespesialister, fysioterapeuter og psykologer

Finansiering

Allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis kan kreve honorarer i henhold til *forskrift om stønad til dekning av utgifter for undersøkelse og behandling hos lege*. Honorarene består av en refusjonsandel som dekkes av Helfo og en egenandel som pasienten selv betaler. I tillegg finansieres allmennlegene og legespesialistene gjennom henholdsvis basistilskudd som utbetales av kommunen og driftstilskudd fra regionale helseforetak.

Fysioterapeuter med driftsavtale får driftstilskudd av kommunen og kan kreve honorar i henhold til *forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.*

Legespesialister med driftsavtale får driftstilskudd fra regionale helseforetak og kan kreve honorar i henhold til *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*.

Psykologer med avtalepraksis får driftstilskudd fra regionale helseforetak og kan kreve honorar i henhold til *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog*.

Rammeverk for forhandling

Avtalene og rammeverket for finansieringsordningene som gjelder for allmennleger, legespesialister, psykologer og fysioterapeuter er på mange punkter like. Det er årlige forhandlinger mellom partene, avtaleperioden løper fra 01. juli til 30. juni påfølgende år, og endringene i honorartakstene blir fastsatt i de overnevnte forskriftene. Partene i forhandlingene for legene er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS / de regionale helseforetakene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden. Tilsvarende for psykologene, hvor det forhandles mellom Norsk Psykologforening og staten og de regionale helseforetakene. Fysioterapeutene er representert ved de tre fysioterapeutorganisasjonene Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, og motpart i forhandlingene er staten og KS.

Forhandlingene starter som oftest i mai, og har frist ved midnatt 30. juni. Det starter med at organisasjonene sender sine krav for den totale rammen og de ulike takstene til motparten. Først forhandles det om den totale rammen, deretter fordelingen mellom de ulike honorartakstene.

Rammen omfatter egenandeler, refusjoner, tilskudd og eventuelle avsetninger til fond. Rammen fra foregående avtaleår danner grunnlaget for økningen det forhandles om. Selve rammekravet består av to komponenter: inntektsøkning og kostnadsdekning. Forhandlingen tar utgangspunkt i inntekts- og kostnadsundersøkelser (IKU-er) som partene gjennomfører i samarbeid. Intensjonen har vært at IKU-ene skulle gjennomføres hvert år, hvor undersøkelsen for legene, fysioterapeutene og psykologene hver gjennomføres hvert tredje år. De siste årene har derimot dette ikke være like konsekvent i praksis. Tidligere var IKU-ene basert på spørreundersøkelser, men grunnet blant annet dårlig svarprosent er de nå basert på registerdata.

Oppdatering og prisjustering av finansieringsordningen

Inntekts- og kostnadskomponentene i rammekravet vektet ofte basert på forholdet mellom driftsresultat og kostnader som fremkommer av IKU-ene. For eksempel er det enighet om at inntektsøkning og kostnadsdekning skal vektet med 50/50 i rammekravet for allmennlegene, mens for fysioterapeutene vektet inntektsøkning 65 prosent og kostnadsdekning 35 prosent.

Kostnadskomponenten beregnes gjennom en kostnadsmodell som partene har blitt enige om. I modellen tildeles de største utgiftspostene, samt en samlepost, ulike indekser og vektet etter andel av de totale kostnadene. Målet er at indeksene gir et mest mulig presist uttrykk for kostnadsutviklingen for de gitte utgiftspostene. Dermed er det ikke bare konsumprisindeksen (KPI) som benyttes, men også andre delindekser som for eksempel SSBs prisindeks for bolig, lys og brensel. Likevel er det verdt å merke seg at flere påpeker at det være frustrerende at faktisk prisvekst oppleves som høyere enn indeksene som er tilgjengelige på forhandlingstidspunktet.

Eksempel fra fysioterapiområdet

Partene er enige om følgende inndeling og vektning av kostnadskomponentene:

- Lønn og andre personalkostnader = 27 prosent
- Lokaler, lys og varme = 34 prosent
- Annet = 39 prosent

Lønn og andre personalkostnader avspeiles ikke i KPI direkte. Det er et alternativ å benytte den avtalte lønnsveksten i KS-området for relevant gruppe. Det er grunn til å anta at dette vil treffe bedre.

For lokaler, lys og varme er partene enige om at delindeks for bolig, lys og brensel skal ligge til grunn for regulering av denne kostnadskomponenten.

Annet er en restkategorien for andre kostnader og bør baseres på KPI. Her er det uenighet om kostnadsutviklingen – særlig knyttet til e-Helseløsninger.

Gjennom registerdata får man god informasjon om inntektsutviklingen, samtidig er det mer reelle forhandlinger når det kommer til inntektskomponenten, da den ikke følger et like fastsatt og forutsigbart mønster som kostnadskomponenten. Nivået vil ofte gjenspeile resultatene i forhandlinger på andre tariffområder. IKU-ene og kostnadsmodellen er verktøy i forhandlingen, men den faktiske endringen er også basert på forhandlinger. Videre, ble det bestemt ved forrige forhandlingsrunde at det skulle nedsettes en partssammensatt gruppe som skal se nærmere på modellen for å sikre at den fanger opp kostnadsutviklingen på en god måte.

Når partene er kommet til enighet om totalrammen forhandles det om fordeling av midlene mellom de ulike takstene. I denne forhandlingen tas det en rekke ulike hensyn, og disse kan variere fra år til år. Enkelte år har stortinget vedtatt egenandelsøkning, og da vil hele eller deler av rammeøkningen gå til egenandeler. Andre år brukes pengene til å styrke eksisterende takster og/eller innføre nye. Basert på takstbruksundersøkelser utarbeidet av Helsedirektoratet kan man lage prognoser for takstbruken den kommende avtaleperioden. Dette kan videre benyttes til å bergene kostnaden og virkningen av å øke en takst med noen kroner. Videre, er det ønskelig at pengene fordeles slik at det gir insentiver til god medisinsk praksis.

Privat laboratorie- røntgenvirksomhet

Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Finansieringen er regulert av *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter*, og skal sikre en effektiv og tilstrekkelig produksjon av laboratorie- og røntgentjenester.

Betalingen til laboratorie- og røntgenvirksomheten i avtalen med RHF består av kompensasjon for kapasitetsforpliktelse (som ikke er aktivitetsavhengig) og en aktivitetsavhengig komponent hvor analyser blir kompensert etter ulike refusjonssatser. For laboratorievirksomhet baseres finansieringen på koder fra Norsk laboratoriekodeverk (NLK), mens røntgenvirksomhet baseres på Norsk klassifisering av radiologiske prosedyrer (NCRP).

Både betalingen for kapasitetsforpliktelsen og refusjonssatsene reguleres ved årsskiftet. Refusjonstakstene er ikke gjenstand for forhandling mellom partene, og det er staten som ensidig fastsetter rammen og fordeler midlene på de ulike takstene. Utgangspunktet er deflator (pris- og lønnsvekst) som følger av statsbudsjettet for det aktuelle året, men kan settes høyere eller lavere avhengig av situasjonen det aktuelle året.

Refusjonene for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble prisjustert med 1,7 prosent i 2020, 1,7 prosent i 2021 og 1,2 prosent i 2022, noe som tilsvarer en underregulering sammenlignet med forventet pris- og kostnadsvekst. Underreguleringen har blitt begrunnet med et ønske om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet.

Tannhelsetjeneste

Tannhelsetjenesten i Norge er delt opp i privat og offentlig sektor. Med enkelte unntak har barn, ungdom og utvalgte grupper krav på gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Derimot må voksne som ikke faller innunder de utvalgte gruppene i hovedsak oppsøke behandling i den private tannhelsetjenesten. Det betyr at de må betale utgiftene til tannbehandlingen selv. Likevel finnes det 15 sykdommer, tilstander eller skader, som kan gi støtte til dekning av utgifter til tannbehandling etter folketrygden. Disse tilstandene er listet opp i *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom*.

Det er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet som ensidig fastsetter rammen og fordeler midlene på de ulike takstene, og det er ingen forhandling med organisasjonene. Honorartakstene (refusjon og egenandel) oppdateres og prisjusteres som regel årlig i henhold til Stortingets budsjettvedtak og gjelder fra 1. januar. Eksempelvis ble ikke takstene prisjustert i perioden 2015 til 2017, men i 2020 ble de justert med 2,2 prosent og i 2022 med 1,7 prosent. Med enkelte unntak ytes det ikke refusjon utover honorartakstene fastsatt av departementet. Som følge av fri prissetting i tannhelsetjenesten kan tannleges eller tannpleiers pris være høyere enn honorartaksten. Dette betyr at pasienten kan måtte betale et mellomlegg utover egenandelen. Tannlegen og tannpleieren skal gi bruker tilstrekkelig prisinformasjon i henhold til *forskrift om prisopplysninger for varer og tjenester*. Pasienten skal få informasjon om pris/honorar, stønad fra folketrygden og egenbetaling (egenandel og mellomlegg).

Oppsummering

Dette notatet oppsummerer rammene for forhandling og justering av offentlig finansiering for utvalgte private aktører i helsesektoren. Det er variasjon mellom de ulike aktørene med hensyn til muligheten for forhandling og i hvilken grad det er utarbeidet mekanismer for oppdatering og prisjustering av satser. Ulike ordninger beskrives etter:

- Regelmessighet, og at det er etablert en formell forhandlingsarena

- Hvorvidt det er avtale rammer for kostnadselementer, registerstatistikk og indekser, kombinert med særutredninger ved behov
- Mulighet for involvering og forhandlingsrett

For fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter og psykologer med driftsavtale gjennomføres det årlige forhandlinger.

Rammekravet i forhandlingene skal sikre kostnadsdekning og inntektsøkning. Kravet til kostnadsdekning beregnes gjennom en kostnadsmodell hvor de største utgiftspostene tilegnes en hensiktsmessig indeks. Kostnadsdekningen beregnes deretter som et vektet gjennomsnitt av de ulike indeksene.

For privat laboratorie- og røntgenvirksomhet og tannhelsetjeneste er det derimot ingen forhandling og rammen fastsettes ensidig av staten. Takstene justeres som regel årlig i henhold til Stortingets budsjettvedtak.

Tabell 1: Oversikt over trekk ved forhandling og prisjustering av den offentlige finansieringen for utvalgte private aktører i helsesektoren

Aktør	Offentlig finansiering	Forhandling	Oppdatering og prisjustering
Fastleger	Takster og basistilskudd		Kostnadsdekning: beregnes som et vektet gjennomsnitt av prisutvikling innen de største utgiftspostene (med utgangspunkt i hensiktsmessig indeks). Inntektsøkning: baseres på registerdata på inntektsutvikling, samt resultatene i forhandlinger på andre tariffområder.
Avtalespesialister	Takster og driftstilskudd fra RHF	Årlige forhandlinger om ramme og fordeling på takster. Rammekravet fra foreningene skal bidra til både kostnadsdekning og inntektsøkning.	
Fysioterapeuter	Takster og driftstilskudd fra kommunen		
Psykologer	Takster og driftstilskudd fra RHF		
Privat laboratorie- og røntgenvirksomhet	Kompensasjon for kapasitetsforpliktelse og takster for utførte analyser	Ingen forhandling. Rammen og fordeling mellom ulike takster fastsettes årlig ensidig av staten.	Takstene oppdateres og prisjusteres som regel årlig. Utgangspunktet er deflator i statsbudsjettet, men kan settes høyere eller lavere avhengig av situasjonen det aktuelle året.
Tannhelsetjeneste	Refusjon for takster knyttet til 15 ulike sykdommer		