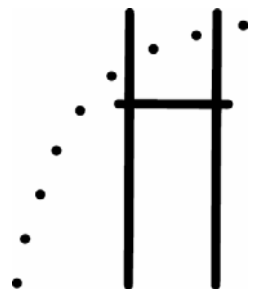


Pasienthotell
Nye Molde sjukehus

Dato denne versjon: 22.04.08



Dokumentkontroll

Revisjon:	Revisjonen gjelder:			Godkjent:	Dato:
1	Samlet revisjon				
Prosjektnr: 07003	Arkivnr.: hr037528	Løpenr.: 37528	Saksbeh.: SPR	Kontroll:	Dato: 22.04.08
Dokumenttittel: Overordnet teknisk program, Nye Molde sjukehus					

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn og prosess	5
2.1	Bakgrunn.....	5
2.2	Prosess og medvirkning.....	5
2.3	Formål og målgrupper for utredningen.....	5
3	Hva er pasient- og sykehotell?	6
4	Pasient- og sykehoteller ved andre sykehus.....	6
5	Tidligere utredning om temaet ved Molde sjukehus - arbeidsgruppe og i HFP.....	7
6	Mål og rammer	8
6.1	Mål og rammer for det nye sykehuset.....	8
6.2	Mål for pasient/sykehotell.....	8
7	Behov og kapasitet	8
8	Hvem er pasientene i et pasienthotell?.....	9
9	Hotellets standard – elementer i prograbeskrivelse	10
10	Vurdere alternative modeller mht. eierskap, finansiering og drift	10
11	Investering – og driftskostnader	11
12	Oppsummering	12

Vedlegg

1 Sammendrag

Helse Nordmøre og Romsdal HF har i planen for Nye Molde sjukehus lagt til grunn at det kommer et pasienthotell knyttet til det nye sykehuset.

I dette notatet oppsummeres mulige ulike modeller for eierskap og drift av pasienthoteller (og sykehoteller). Forskjellen mellom pasienthotell (også for innskrevne pasienter) og sykehotell (ikke for innskrevne pasienter) er definert.

Det er gjort en summarisk gjennomgang av de fleste pasienthoteller ved norske sykehus. Det er rundt 1000 pasient- og sykehotellrom etablert, og flere er under etablering.

I Hovedfunksjonsprogrammet for Nye Molde sjukehus (HFP) er det konkludert med behov for et hotell på rundt 50 rom. Dette er basert på at pasienter, pårørende og noen øvrige gjester bruker hotellet. Skal det etableres et hotell i en god størrelse for å drive effektivt som hotell, bør kundegrunnlaget utvides noe, slik at størrelsen kan økes (anslagsvis 70-90 rom).

Målene for pasienthotellet er at pasienter og pårørende skal kunne få et tilbud som er bedre tilpasset sin situasjon, samtidig som det virker positivt for sykehusets samlede økonomi.

Pasientene i et slikt hotell skal i utgangspunktet være selvhjulpne. Sykehuset vil ha beredskap til å kunne hjelpe pasientene som er i hotellet dersom det oppstår behov for det, men det skal ikke drives ordinær behandling og pleie i hotellet (for barselkvinner vil det være noen ekstra tiltak).

Hotellets bygningsmessige standard kan legges på ulike nivåer, men det her beskrevet en løsning med ordinær hotellstandard med ensengs- kombirom, evt. mulighet for familierom, restaurant, kjøkken og noen felleslokaler knyttet til resepsjonsområdet.

Det er beskrevet fem ulike former for drifts- og eierstrukturer, fra at sykehuset eier og driver hotellet til at det etableres avtale med et hotell (eksisterende eller nytt) om å kunne leie rom der (en rendyrket hotellmodell). Mellom disse ytterpunktene ligger ulike kombinasjoner av eierskaps- og driftsmodeller.

Det er illustrert at et nybygget pasienthotell trolig vil ha en gjennomsnittlig døgnkostnad på 1000-1200 kr, men at dette kan bli noe lavere for pasientene dersom hotellet er stort nok (og markedet har kunder nok) til at det kan være et variert prismønster der pasientene får en noe lavere pris enn "ordinære hotellgjester". Men å bygge et hotell i en slik størrelse (anslagsvis 70-90 rom) vil trolig ikke være forenlig med at helseforetaket står som eier alene, og vil i så fall peke i retning av å planlegge for å få inn en ekstern eier som finansierer og bygger hotellet.

Det er lagt ved en oppsummering fra arbeidsgruppe om pasienthotell, sammendrag fra gruppearbeid 03.09.07, samt rundskriv om pasient/sykehotell fra 2001.

2 Bakgrunn og prosess

2.1 Bakgrunn

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at det skal være to sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal HF – Kristiansund sykehus og Molde sjukehus, og at Nye Molde sjukehus skal bygges på Eikrem, sentralt i Molde by. Styret har prioritert bygging av Nye Molde sjukehus på første plass for nye store investeringer i Helse Midt-Norge RHF.

I HFP legges det til grunn et samlet brutto arealbehov på ca 50.000 m² og et investeringsbehov på ca 2,6 mrd. kroner (pris febr 2007) for Nye Molde sjukehus. Det er en ambisjon i det videre planleggingsarbeidet å effektivisere arealbruken ytterligere og redusere investeringskostnader. Dette vil styrke det økonomiske driftsgrunnlaget for det nye sykehuset.

Regjeringen har vedtatt at lokalsykehusene skal bestå med de akutttilbud de har i dag. Styret for Helse Midt-Norge RHF har gjort vedtak som innebærer at Kristiansund sykehus og Molde sjukehus i hovedsak skal ha de behandlingstilbud sykehusene har. Tjenestetilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal utvikles i tråd med de regionale og statlige rammer som er lagt.

Nye Molde sjukehus skal være et fleksibelt og effektivt lokalsykehus med god kvalitet. Ett nytt og samlet Molde sjukehus vil gi en unik mulighet til å utvikle sammenhengende behandlingsskjeder for pasientene internt i sykehuset, men også i samarbeid med primærhelsetjenesten og andre sykehus. Nye Molde sjukehus planlegges med en utadrettet behandlingstilbud som vil bidra til å sikre pasientene et helhetlig behandlingstilbud.

Som en del av det nye sykehuset legges det opp til at det skal kunne være et pasient- eller sykehotell. Dette dokumentet fokuserer på ulike tilnærminger for å få etablert et pasient- eller sykehotell knyttet til det nye sykehuset.

2.2 Prosess og medvirkning

Utredningen er utviklet gjennom et samarbeid med representanter for sjukehuset i Molde, prosjektet Nye Molde sjukehus. Hospitalitet as har vært rådgiver og sekretariat for utarbeidningen av utredningen.

Følgende personer har vært involvert:

- Gudmund Moen
- Eirik Heggemsnes
- Randi Myhre
-

Fra rådgiversiden har Svein Petter Raknes fra Hospitalitet as deltatt.

Arbeidet startet i april 2008 og ble slutført i mai 2008.

Både areal og kostnadstallene for prosjektet refererer seg til Hovedfunksjonsprogrammet pr 031207, da ny investeringskalkyle ikke foreligger før i juni 2008.

2.3 Formål og målgrupper for utredningen

Formålet med denne utredningen er å få fram ulike tilnærminger for drift, eierskap og finansiering av pasient/sykehotell ved nye Molde sjukehus. Dette skal i neste omgang danne grunnlag for prosjektets og prosjekteiers valg av startegi for den videre planleggingen på dette området.

3 Hva er pasient- og sykehotell?

Et pasienthotell er et hotell hvor det kan overnatte pasienter som er innskrevet i sjukehuset under oppholdet. I et sykehotell overnatter gjester som ikke er innskrevet i sjukehuset, og derfor i prinsippet ikke er sjukehusets ansvar. Et pasienthotell kan med andre ord gi tilbud til flere pasientgrupper enn et sykehotell. Pasienthotellet kommer inn under de samme godkjenningsbestemmelser etter Lov om spesialisthelsetjenester som et sjukehus gjør. I et pasienthotell er det vanlig at det enten er ansatt helsepersonell, eller at man har en avtale med sjukehuset som gjør at sjukehuset kan ivareta sitt medisinske ansvar overfor pasientene under pasientenes opphold i hotellet.

Pasient- og sykehotell er blitt vesentlig mer utbredt de siste årene enn tidligere. Dels skyldes dette at det er et godt tilbud for pasientene og deres pårørende, og dels at det har vært mulig og gunstig driftsøkonomisk for sjukehusene. De fleste pasient- og sykehoteller eies av helseforetakene, men drives av eksterne driftsoperatører. Ett pasienthotell er løst som en OPS-avtale der OPS-operatøren har planlagt, finansiert, bygget og driver hotellet. Dette gjelder pasienthotellet ved Stavanger Universitetssykehus.

4 Pasient- og sykehoteller ved andre sykehus

Nedenfor kommer en oversikt over pasient- og sykehoteller ved andre sykehus. Oversikten er ikke fullstendig, og er i hovedsak basert på hjemmesidene til de aktuelle sykehusene. Derfor kan det være at det på noen steder er gjort endringer, men hovedbildet stemmer.

Helseforetak	Størrelse hotell (antall rom)	Driftsoperatør	Annet
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	74	Internt	Har i tillegg pasienthotellavtaler med 3 hoteller i Tromsø
Narvik			Har avtale med Viktoria hotell
Harstad			Har avtale med Grand Nordic hotell
Sykehuset Bodø	61	Medirest	Zefyr hotell. Sykehuset eier hotellet mens Medirest driver det.
Namsos	7	Internt	Del av "lettpost"
St. Olavs hospital	110	Norlandia	Hotell St.Olav eies av sykehuset mens Norlandia driver det.
Helse Sunnmøre	34	Internt	Åse Hotell. 10 rom reservert for barsel.
Helse Bergen	177	Medirest	Haukeland hotell eies av sykehuset mens Medirest driver det.
Helse Stavanger	137	OPS-operatør	Bygget, eiet og drevet av et OPS-selskap.
Helse Fonna	17	Internt	
Sørlandet sykehus, Kristiansand	15	Internt	Del av Kirurgisk klinikk
Sørlandet sykehus, Arendal	24	Internt	Del av kirurgisk klinikk
Ullevål Universitetssykehus	130	Medirest	Ullevål hotell eies av UUS mens Medirest driver det.
Rikshospitalet	89	Norlandia	Eies av RH (sykehotell)
Rikshospitalet	31	Norlandia	Under utbygging. Eies av Sykehotell as, som er heleiet av RH.

Rikshospitalet			Pårørendehus (til foreldre). Under planlegging
Ahus, i dag	16	NKS	
Ahus, plan 1 Nye Ahus	75	Ikke avklart	I tidligere sengeområdet i "Nye Nordfløy" (fra ca. 1980)
Ahus, plan 2 Nye Ahus	150	Kreftforening- en, NKS, LHL	Plan om at disse skal bygge og drive. Ikke avklart ennå. 24 rom er "lindrende enhet".
Sykehuset Innlandet, Elverum	24	Internt	
Sykehuset Innlandet, Gjøvik		Internt	

Som det framgår er den mest vanlige modellen at sykehuset eier hotellet, mens de leier inn en driftsoperatør.

Stavanger universitetssykehus har gjennomført en OPS-avtale, og dermed fått inn annen finansiering. Sykehuset bruker nå 50-60 av 137 rom. Hotellet er nytt, slik at sykehusets bruk er under opptrapping.

Ved Rikshospitalet bygges et tilbygg på sykehotellet finansiert gjennom et AS heleiet av sykehuset.

Mindre enheter er gjerne utbedrede/tilpassede sengeområder som er drevet av sykehuse selv.

5 Tidligere utredning om temaet ved Molde sjukehus - arbeidsgruppe og i HFP

En arbeidsgruppe med ansatte har vurdert pasient/sykehotell ved Nye Molde sjukehus. Denne gruppen anbefaler at det etableres et pasienthotell i nær tilknytning til sjukehuset (tørskodd tilgang til sjukehuset). Gruppen har vurdert at en stor bredde av pasientgrupper vil være aktuelle som brukere av hotellet. I tillegg kommer pårørende og andre gjester. Gruppen mener at etablering av pasienthotell er i tråd med den medisinske utviklingen.

Et pasienthotell ved Nye Molde sjukehus innvirker på dimensjoneringen av sengetallet for sjukehuset som på denne måten kan holdes lavere enn hva som ellers ville vært mulig.

Fysisk sett bør hotellets plassering og anslagsvise størrelse inngå i planene allerede fra dette konseptfasen, selv om det har kortere planleggings- og byggetid enn resten av sykehuset. I HFP er hotellet vurdert som et areal utenfor sjukehusets arealramme. Siden hotellets planleggings- og byggetid er kortere enn for resten av sjukehuset, vil være god tid til å utrede videre de ulike modeller for investering, drift og kapasitet for et pasienthotell.

Som en del av HFP-arbeidet ble det gjort en foreløpig kapasitetsvurdering som resulterte i 34 hotellsenger for de ulike pasientgruppene. I tillegg til dette vil det komme behov for kapasitet til pårørende og til andre gjester. Det ble pekt på at det bør legges til rette for at et hotell enkelt kan bygges ut ved behov for utvidelse i framtida. På dette grunnlag bør det settes av plass og illustreres en løsning med et pasienthotell med 50-60 gjesterom og som kan enkelt utvides med opp til 50 %. Konkret er det i arealtabellen i HFP oppgitt 49 rom og 1370 kvm netto.

6 Mål og rammer

6.1 Mål og rammer for det nye sykehuset

Nye Molde sjukehus skal organiseres ut fra 6 hovedsøyler:

- En utadrettet behandlingsfilosofi.
- Respekt for pasienten og godt arbeidsmiljø for ansatte.
- God kompetanse gir trygghet til pasientene.
- Tett samarbeid mellom Nye Molde sjukehus og Høgskolen i Molde.
- Fleksibilitet og endringsvillighet.
- Samling av psykisk helsevern og somatikk.

6.2 Mål for pasient/sykehotell

En stadig større del av pasientbehandlingen foregår som dagbehandling og i form av polikliniske tilbud. Dette gjør at bruk av pasienthotell blir mer og mer aktuelt.

Målet med pasienthotellet er at pasientene skal få et bedre tilbud enn overnatting i en sengepost ville gitt, totalt sett mer effektiv drift av sykehuset og bedre utnyttelse av investeringene. Mer konkret innebærer dette:

1. Pasienter (og pårørende) skal kunne få et tilbud mer tilpasset sin situasjon og tilstand enn overnatting i en sengepost i sykehuset ville medføre.
2. Sykehusets drift kan gjennomføres mer effektivt gjennom at tilbudet i større grad nyanseres ut fra pasientenes behov.
3. Sykehusets investeringsbehov begrenses gjennom at de pasienter som ikke har behov for de krevende bygningsmessige løsningene et sykehusanlegg innebærer, utenom i selve undersøkelses- og behandlingstiden, kan oppholde seg i lokaler som krever lavere investeringer.

Pasienthotellet skal mao. gi et like bra eller bedre tilbud for pasienter og pårørende, samtidig som det skal bidra til bedre drifts- og investeringsøkonomi for helseforetaket.

7 Behov og kapasitet

I HFP er behovet for antall rom vurdert til ca. 50 hvorav 34 knyttet direkte til den enkelte pasientgruppe.

Det vurderes ofte slik at sykehus uten pasienthotell kan flytte over minst 10-15% av liggedagene de har til hotell. Denne tilnærmingen ville grovt sett gi et anslag på 20-30 rom.

Ved bruk av hotell til fødende (barsel) øker denne andelen, slik at det ikke vil være noe vesentlig sprik ift det som er lagt til grunn i HFP.

I tillegg til pasienter kommer behov for kapasitet til pårørende. Dette er ikke så stort her som med et sykehus hvor det er innlagt mange barn, eller hvor det er stor intensivvirksomhet. Men noen pårørende vil ønske et slikt tilbud. Videre kommer ulike leverandører og servicepersonell som kommer tilreisende for å gjøre tidsbegrensede oppgaver, men som trenger overnatting.

Til sist vil et pasienthotell også kunne fungere som et ordinært hotell med gjester som ikke har noe spesielt med sykehuset å gjøre. Omfanget av dette avhenger selvsagt av markedssituasjonen i området, men dette bør være en del av hotellets samlede tilbud.

Behov og kapasitet avhenger av hvilken tilnærming man benytter:

- Sykehotell

- Pasienthotell
- Pasienthotell inkl. fødende (barsel)
- Pårørende
- Leverandører, andre "gjester" til sykehuset
- Kurs og møter, opplæring
- Andre hotellgjester (ordinært hotell).

Fra den snevreste til den videtste tilnærmingen er det et stort gap. Dersom 34 plasser knytter seg til den enkelte pasientgruppe, kan tallet trolig dobles dersom man benytter den videste definisjonen.

For å drive et hotell på effektiv måte må det være en viss størrelse. Det er selvsagt ingen absolutt grense, men mindre enn 70 rom vurderes som lite effektivt. Dette innebærer at for å få et godt og effektivt drevet hotell bør man i dette tilfellet legge en vid definisjon til grunn.

8 Hvem er pasientene i et pasienthotell?

Hotellets gjester forventes å være selvhjulpne, men det er aktuelt med en viss helsemessig beredskap gjennom godt tilrettelagte rutiner mellom gjestene, hotellets resepsjon og sykehusets avdelinger, slik at gjestene raskt får relevant hjelp dersom noe tilstøter dem under oppholdet. Med eventuelt tilbud til barselkvinner, så knyttes det en egen service til denne funksjonen.

Kriterier for at en pasient skal kunne benytte pasienthotellet foreslås å være:

- selvhjulpen med påkledning og personlig stell
- kunne spise i kafeteria
- kunne gå til og fra hotellet i forbindelse med undersøkelse/behandling
- ikke trenge kontinuerlig observasjon
- kunne administrere medisiner selv
- ikke kunne bo hjemme under dagbehandling (hjemmet er for langt unna).

Pasienthotellet vil derfor være et tilbud til bl.a. følgende kategorier pasienter:

- pasienter under ulike typer utredninger og preoperative vurderinger
- pasienter som venter på behandling
- pasienter ved avslutning av behandling som krever nærhet til sykehusets ressurser dersom komplikasjoner inntreffer
- pasienter under diagnostikk og behandling over flere dager, der det ikke er nødvendig med pleie i ordinær sengepost og der det ikke er hensiktsmessig å reise hjem om natten.
- dagbehandlingspasienter som p.g.a. lang avstand til hjemmet ønsker å benytte hotelltjenesten før/evt. etter behandling.

Det foreslås at alle gjestene i hotellet som bor der i forbindelse med at de er i sykehuset til behandling, inngår i sykehusets medisinske ansvar. Andre gjester er ikke sykehusets ansvar.

Aktuelle gjester ved "Hotell Molde Nye Sykehus" i henhold til referat fra arbeidsgruppene våren 2007:

- Friske barselkvinner med friske nyfødte.
- Mødre til syke nyfødte (premature, lysbehandling-langvarig icterus)
- Gravide med behov for umiddelbar geografisk nærhet til fødeavdeling.
- Palliative pasienter
- Smertepasienter
- Søvnregistreringer
- Utredning endokrinologi
- Kjemoterapi

- Utredningspasienter nevrologisk avdeling
- Nevrologiske pasienter som bare skal ha fysioterapi
- Nevroborreliose?
- Pasientskoler, f.eks diabetespasienter på opplæring
- Medikamentavvenning rett før utskriving
- Utredningspasienter nukleærmedisin og røntgen.
- ØNH før og etter inngrep
- Preoperative kirurgiske, ortopediske, gynekologiske pasienter
- Cancer mammae
- Medikamentelle aborter
- Barn med lang reisevei til øyeavd.
- Eldre
- Dagkirurgiske pasienter som i dag ikke kan reise hjem (lang reisevei) legges i dag inn, trenger ikke plass i avdeling
- Dagkirurgiske pasienter som ikke har pårørende
- Pasienter som har fått anestesi
- Plastikk-kirurgiske pasienter
- Cytostatikapasienter

9 Hotellets standard – elementer i prograbeskrivelse

Hotellet forventes i utgangspunktet å ha kjøkken og restaurant på linje med et ordinært hotell (dvs. ikke bare B&B-service).

Det legges til rette slik at ledig kapasitet ved hotellet for eksempel i helger og "lavse-songer" for sykehusets virksomhet, skal kunne fylles opp med andre gjester så langt operatøren har mulighet til dette.

Rommene bør som hovedregel være 1-sengs "kombi-rom" med plass til ekstra soveplass, samt bord, 2 stoler, skrivebord med telefon og kjøleskap.

Fordi rommene er for små til noen formål, bør det vurderes om man kan finne praktiske løsninger for å kople sammen noen rom to og to (til "familierom").

Det planlegges toalett og dusj knyttet til hvert rom.

En del av rommene bør legges spesielt til rette for handicappede (rullestolbrukere). Dette betyr noe ekstra arealbehov, særlig knyttet til bad/toalett.

Pasienthotellet har en annen driftsform enn sykehuset og inneholder tilbud som både hotellets gjester og pasienter fra sykehuset kan nyttiggjøre seg. Dette krever et fellesareal med aktivitetstilbud der også pårørende er velkomne. Det er et mål for hotellet å kunne etablere et sosialt fellesskap som skal finne sted i fellesavdelingens resepsjons-/restaurantområde. Rommessig kan derfor resepsjon/foyer, bibliotek/ aktivitetsrom og restaurant gjerne løses som et sammenhengende område, med romavgrensede møbler som markering av de enkelte romsoner, eller med noen grad av oppdeling. Det bør planlegges et lekerom/aktivitetsrom for barn.

10 Vurdere alternative modeller mht. eierskap, finansiering og drift

Ulike modeller kan være aktuelle:

Eiet og drevet av HF'et		Leid kapasitet	
Sykehuset finansierer, planlegger, bygger og driver hotellet	Sykehuset bygger hotellet, men utkontraherer driften Sykehuset leier bygget, men driver selv	Sykehuset inngår langsiktig avtale om leveranse av hotelltjenester fra OPS-operatør OPS-operatøren planlegger, finansierer, bygger og driver hotellet	Sykehuset leier kapasitet i eksisterende hotell i rimelig nærhet til sykehuset. Nytt hotell bygges ved sykehuset

Denne figuren kan suppleres med en potensiell løsning til: HNR etablerer et AS heleiet av HF'et som finansierer, bygger og eier hotellet.

Dette gir et alternativ til en OPS-løsning som forenkler situasjonen i forhold til OPS-avtalens utløp.

Oppsummert kan vi da snakke om fem alternativer:

1. HNR bygger, finansierer, eier og driver hotellet selv.
2. HNR bygger, finansierer og eier hotellet selv, men kontraherer ut driften.
3. HNR etablerer et heleid AS som bygger, finansierer og driver hotellet bygningsmessig.
4. HNR etablerer en OPS-avtale som ivaretar bygging, finansiering og drift hotellet.
5. HNR leier hotellkapasitet i et eksisterende hotell. Teoretisk sett kan man også invitere hotellinteressenter til å bygge et hotell ved sykehuset uten at dette etableres som en OPS-avtale.

OPS-avtalen som er inngått i Stavanger indikerer at kostnadene kan reduseres ved denne typen avtaler, fordi man oppnår et samspill mellom entreprenør og driftsoperatør helt fra tidlig planlegging til driftsfasen. Men det oppstår usikkerhet knyttet til utgangen av avtaleperioden, der foretaket kan kjøpe bygget til markedspris. Markedspris i dette tilfellet vil være preget av den tomten bygget står på (så tett inntil et sykehus), og det er derfor trolig at operatørene i realiteten vil legge inn i romprisen at man forventer risiko for liten restverdi ved avtalens slutt.

Dersom HNR bygger og finansierer selv unngås den typen usikkerhet som er beskrevet ovenfor. Men da må foretaket skaffe investeringsmidler (avskrivningsmidler og lån) til å gjennomføre prosjektet.

Ved at HNR går inn i en modell med et heleiet AS, kan man både sikre kontroll over objektet, og samtidig at hotellet kan skaffe sin egen finansiering. Modellen må selvsagt godkjennes av Helse Midt-Norge RHF/eier.

11 Investering – og driftskostnader

Investeringens omfang er avhengig av både standard og antall rom og areal per rom. Nedenfor er det satt opp noen nøkkeltall som en illustrasjon uten at dette er noen form for kalkyletall.

Måleparameter	Alt 1	Alt 2	Alt 3
Antall rom	50	70	90
Kvm brutto per rom inkl. fellesfunksjoner	47	45	43
Samlet areal	2 350	3 150	3 870
Kr per kvm, prosjektkostnad	35 000	35 000	35 000
Prosjektkostnad	82 250 000	110 250 000	135 450 000

Her framkommer et spenn fra ca. 80 mill kr til ca 135 mill kr knyttet til en variasjon fra 50 til 90 rom og basert på en prosjektkostnad på 35.000 kr per kvm.

Døgnprisen framkommer som en sum av investeringen og av driftskostnader. Driftskostnadene per gjestedøgn vil kunne falle med økende størrelse så lenge beleggsprosenten kan opprettholdes. Tabellene nedenfor gir en anslagsvis illustrasjon.

Måleparameter	Alt 1	Alt 2	Alt 3
Gjestedøgn ved 70 % belegg	12 775	17 885	22 995
Annuitetsfaktor over 20 år og 5 % rente	12,46	12,46	12,46
Annuitet ved 35.000 kr/kvm	6 600 000	8 850 000	10 870 000
Kapitalkostnad per døgn	520	495	475
Antatt driftskostnad per døgn	700	650	600
Døgnkostnad ved 35.000 kr/kvm	1 220	1 145	1 075

Som tabellen viser er det realistisk å forvente en døgnkostnad på rundt 1050-1250 kr. Erfaringene fra etableringen av pasienthotellet i Stavanger var at man gjennom en god konkurranse fikk ned døgnprisen til godt under dette nivået for sykehusets pasienter. Men for andre gjester er døgnprisen i overkant av det som er vist her (prisen skal dekke kostnader samt gi fortjeneste). Pasientene betaler der 600-700 kr per døgn. Pårørende i rom sammen med pasienter 450 kr. Ordinære gjester 1400-1500 kr per døgn.

12 Oppsummering

Et pasienthotell ved nye Molde sjukehus bør, for å kunne bli et effektivt hotell, bygges noe større enn antall "pasient-gjester" tilsier. Helst bør det bygges i størrelsesorden 70-90 rom, men det krever at helseforetaket/event ekstern hotelleier tar risikoen på en betydelig kundegruppe ut over de gjester sykehuset per i dag ser ut til å kunne rekruttere.

Alternativt, dersom sykehuset eier hotellet selv, er det naturlig ut fra begrenset kapitaltilgang og risikovillighet, at man da begrenser seg til rundt 50 rom, men da får en mindre rasjonell driftsenhet med en høyere døgnkostnad. I så fall vil også servicenivået på pasienthotellet måtte vurderes.

VEDLEGG 1

NYE MOLDE SJUKEHUS HØST 2007

Arbeidsgruppe om PASIENTHOTELL
Annhild Krohn, Synnøve Sivertsen, Trygve Aune, Else Røvik Marthinsen
Sammendrag etter gruppearbeid 03.09.07

Hvilke pasientgrupper kan være i pasienthotell?

Vi i gruppen mener at dette er et spørsmål som ikke kan besvares utelukkende ved å se på diagnoser pasientene har. En kan eventuelt ta utgangspunkt i de pasientgruppene som ble angitt ved MNS' gruppemøter våren 2007(1), men dette er etter vårt syn et for enkelt og unyansert syn, da pasienter innlagt med samme diagnose ofte kan ha helt individuelle behov og ulik egenomsorgsevne. Lister over ulike diagnoser kan dermed være vanskelig å forholde seg til, for diagnosene sier i seg selv lite om pasientenes totale behov.

Vår påstand er at sykehusene i dag legger inn en del pasienter som *ikke egentlig trenger innleggelse i sengepost*, men som har behov for *tilrettelagte, ofte høyt spesialiserte og sammensatte helsetjenester*.

Dette blir dermed det motsatte av hva som var intensjonen da en i Norge bestemte seg for å bygge hospital. Historisk sett ble sykehus bygd ut fra klart definerte medisinske diagnoser, som TBC, tyfus, lepra, etc.

Gruppen ønsker derfor å snu problemstillingen på hodet ved å spørre:

Hvilke pasienter er det som *ikke* kan benytte pasienthotell?

Dette kan beskrives ved å definere hvilke pasienter som, av ulike medisinske, pleiemessige, omsorgsmessige og/eller overvåkningsmessige årsaker må *være innlagt* ved sengepost i sykehuset.

Vi tror det er sannsynlig at *resten* av pasientene som i dag legges inn kan innskriveres ved pasienthotellet.

Retningslinjer for pasientlogistikk bør i stor grad utvikles innen de ulike medisinske spesialiteter, og bruken av pasienthotell bør integreres i disse retningslinjene. Vi tror at en logistisk god planlegging av pasientforløp vil bidra til å få liggetiden ned, og øke den totale effektiviteten i sykehuset.

Vi mener at bruk av pasienthotell er i tråd med den medisinske utviklingen, der flere og flere tjenester kan utføres i løpet av et forholdsvis kort tidsrom, eventuelt poliklinisk eller som dagkirurgi/dagbehandling.

Det er også mer i tråd med de overordnede mål om å ivareta pasientenes integritet og medbestemmelsesrett i medisinske spørsmål.

Vi tenker oss at kriterier for bruk av pasienthotell må bygge på følgende:

- A) Det er *summen av de ulike behov* som pasient og pårørende har som avgjør om hotell eller sengepost er det beste valget, ikke hvilken hoveddiagnose pasienten har. Jo høyere egenomsorgsevne/jo mindre omsorgsbehov pasienten har; jo mer taler for innskriving i pasienthotell.
- B) Ytre omgivelser er medbestemmende: Faktorer som reiseavstand, antall reiser knyttet til hele pasientforløpet, forholdene hjemme (er det pårørende til stede? Ugreie familieforhold osv.)

- C) Sannsynlighet for plutselig oppstående behov for helsehjelp for pasienter med lang reisevei (Dette vil gjelde en svært liten gruppe, men er aktuelt for eksempel for gravide som tidligere har hatt styrtfødsel, og som har lang reisevei)
- D) Pasienter som skal opereres bør ha kortest mulig opphold i sykehuset før operasjon, pga fare for eksponering for sykehusbakterier. Slik sett bør kanskje alle som skal innlegges elektivt dagen(e) før operasjon, heller bo i hotellet preoperativt. Etter operasjon, er det type inngrep/operasjon, og behovet for postoperativ oppfølging /type rehabilitering som avgjør om pasienthotell er mer gunstig enn sengepost, hvis pasienten ikke kan skrives direkte ut til hjemmet.
- E) Oppegående pasienter som legges inn til ulike *utredninger* bør i stor grad kunne benytte pasienthotell, men her kommer igjen faktoren med pasientens totale behov inn i bildet.

Hvilket personell kreves for at de ulike pasientgruppene skal ha dette som et reelt alternativ?

Før vi svarer på dette, velger vi å gi våre definisjoner på pasienthotell og sykehotell.

Vår definisjon pasienthotell:

Heldøgns overnattingstilbud i nær geografisk og organisatorisk tilknytning til sykehus. Hotellet er godkjent iht. reglene for godkjenning av sykehus i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1.

De av gjestene som er innskrevet som pasienter har tilbud om assistanse eller tilsyn fra kvalifisert helsepersonell (sykepleiere? ambulanspersonell?).

Helsepersonell har døgnvakt i hotellet, og kan via callingsystem, lett tilkalles til gjestens rom i hotell-lokalene. Helsepersonell kan også, på initiativ fra den avdeling gjesten(pasienten) "tilhører", oppsøke gjesten for å yte helsehjelp.

-Betinginger at gjesten i all hovedsak er selvhjulpen, men med eventuelt behov for *enkel* medisinsk assistanse/rådgivning, som f.eks. ammehjelp, sårskift, medisiner, BT-måling, pasientopplæring, etc.

Vår definisjon sykehotell:

Heldøgns overnattingstilbud i nær geografisk og organisatorisk tilknytning til sykehus. Hotellet er ikke godkjent iht. reglene for godkjenning av sykehus i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1.

Gjesten (pasienten) har normalt ikke tilbud om assistanse eller tilsyn fra kvalifisert helsepersonell.

Aktuelt helsepersonell kan likevel kontaktes ved den avdeling på sykehuset gjesten (pasienten) "tilhører"?

-Betinginger at gjesten er selvhjulpen(måltider, påkledning, personlig hygiene, etc.), og / eller overnatter sammen med pårørende eller annen omsorgsperson som kan assistere ved behov.

- A) Vårt syn er at et pasienthotell bør grunnbemannes med ikke-medisinsk personell (renholdere, kjøkkenpersonell, servitører, resepsjonister, administrasjon, etc.) på lik linje med andre hotell.
- B) . SHD´s Rundskriv I-24/2001(2) skiller mellom sykehotell og pasienthotell. Om et hotell skal bli godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven, avhenger av hvorvidt aktiviteten har karakter av sykehusvirksomhet, og opphold tilbys til pasienter som er innskrevet som pasienter ved sykehuset. Oppholdet må være medisinsk/pleiefaglig begrunnet, og det må foregå en medisinsk eller pleiefaglig oppfølging av pasientene.

- C) Dersom hotellet *ikke* bemannes med kvalifisert helsepersonell i vaktordning, vil det trolig begrense kriteriene for hvilke pasienter som kan overnatte i hotellet, og *hotellet vil ikke kvalifisere for å kalles pasienthotell*, i henhold til SHD's Rundskriv I-24/2001.

Pasienter innlagt i et hotell uten helsepersonell i vakt måtte være like selvhjulpne som om de bodde hjemme eller på et hvilket som helst annet hotell/overnatningssted.

- D) Hvis sykehuset planlegger utstrakt bruk av pasienthotell, vil det etter vårt syn være fornuftig å bemanne hotellet med kvalifisert helsepersonell, etter retningslinjer gitt i SHD's Rundskriv I-24/2001. Sykehuset vil være ansvarlig for pasienten på samme måte som om pasienten var innlagt i tradisjonell sengepost, og behandlingen, inkludert oppholdet i pasienthotellet vil generere DRG-poeng.
- E) Hvis hotellet skal bemannes med kvalifisert helsepersonell, må for eksempel en sykepleier eller ambulansesjåfører være stasjonert i hotellets resepsjon i døgnvakt.
Det bør da være mulighet for at pasienten kan ta direkte kontakt med dette personalet, og etter behov motta enkel helsehjelp. Aktuelle oppgaver er enkelte sykepleietiltak og vurdering av om pasienten trenger mer spesialisert oppfølging.
Eksempel:
Hvis det er sykepleier i resepsjonen, kan en oppgående pasient ved nevrologisk avdeling, som er under behandling med intravenøs antibiotika x 4/døgn, overnatte i hotellet.
- F) Barselpasienter har *spesielle* behov for opplæring/ammeveiledning, og bør ha lett tilgang på omsorg fra jordmor/barnepleier, *helst* ved at en av disse faggruppene er fysisk til stede i vaktordning i barseldelen av hotellet, *eller* når som helst kan tilkalles fra føde/barselavdelingen.
Kriterier for bruk av pasienthotell for barselpasientene må utarbeides etter mønster fra sykehus det er naturlig å sammenligne seg med.
- G) Vi forutsetter at pasienten, enten direkte, eller via hotellets vakthavende helsepersonell, under oppholdet kan ta direkte kontakt med "sin" avdeling, f.eks. barsel, dagkirurgi, medisin, nevrologi, i tilfelle det plutselig oppstår behov for mer omfattende helsehjelp, etter prinsippet "åpen retur".
- H) Vi tror det vil være mulig å bruke hotellet som en kombinasjon av pasienthotell og sykehotell, men dette må utredes videre. Det viktigste er at hotellet får godkjenning som pasienthotell iht spesialisthelsetjenesteloven (se over)

Vi legger ved eksempler på erfaringer fra andre pasienthotell i Norge, opplysninger innhentet av oss via telefon i dagene etter 03.09.07.(3)

Relasjoner til andre avdelinger/enheter i sykehuset. Beskriv hvilke enheter som må ligge nært, og hvorfor.

Vi legger her til grunn at pasienthotellet er planlagt i avstandsmessig *nær* tilknytning til sykehusbygget, og at *det skal være mulig å ta seg tørrskodd* over mellom sykehuset og hotellet.

Vi ser for oss en forbindelse(korridor, passasje) mellom vestibylen i sykehuset og resepsjonen i hotellet.

Vi tenker at enkelte servicetilbud best er lokalisert i sykehusets vestibyle eller i nær tilknytning til denne, som minibank, kiosk, sykehusapotek, og at disse funksjonene er tilgjengelige også for hotellets gjester.

Det vil være naturlig at det er forholdsvis kort avstand til de respektive avdelinger som vil bli storforbrukere av hotellsenger, som føde/barsel, dagkirurgi, poliklinikker. Dette er imidlertid ikke noe absolutt krav, dersom det finnes en korridor/passasje som nevnt over. Hovedkravet er at *byggene* ligger nær hverandre, og at pasienter/pårørende lett skal kunne ta seg fram på egen hånd.

Vi mener at moderne sykehusdrift i stor grad krever lokaler tilpasset ulike behov for undervisning/møtevirksomhet. Her vil det være mulig å lage fleksible sambruksløsninger, som kan imøtekomme mange behov, som pasientopplæring, intern og ekstern møtevirksomhet, forskning, undervisning av studenter, internundervisning, kulturelle events, etc. Kanskje en egen "konferanseavdeling" ved hotellet vil kunne koordinere arealbruken her.

Vi mener at infosenter/bibliotek, møterom av ulik størrelse, auditorium, lokaler for pasientopplæring (f.eks. en leilighet for treningsopphold innen voksenhabilitering), lokaler for lærings- og mestringssenter samt lokaler for forskning og undervisning, gjerne kan samlokaliseres i hotellbygget.

En slik enhet vil for eksempel kunne plasseres i hotellets underetasje eller toppetasje.

Veien inn og ut av ditt område mht pasienter, pårørende, varer, ansatte. Beskriv hovedstrømmene (eks vestibyle, trapper, heis, korridorer, inngang alene eller delt med andre, osv.)

Vi mener at dette hovedsakelig er et byggteknisk problem, men vil understreke at det er nødvendig å skille varer inn i, og avfallshåndtering ut av hotellet fra hovedstrømmer med pasienter/pårørende. Dette innebærer at det finnes egen vareinngang og avfallsutgang på baksiden/i underetasje av bygget.

Ellers ser vi for oss at hotellet har en egen hovedinngang inn til resepsjonen på bakkenivå, der pasienter, pårørende og øvrige gjester tar seg inn og ut, men at pasient/pårørende lett kan ta seg inn/ut av sykehusbygget via en korridor (se pkt 3). Pasienter som først er tatt imot i sykehuset, skal kunne ta seg over til hotellet via denne korridoren.

Heiser og korridorer i hotellet må ellers være romslig dimensjonert slik at pasienter kan transporteres i rullestol, evt. liggende på bære, dersom uforutsatt helseproblem skulle oppstå.

Fleksibilitet mht å ivareta høy- og lavaktivitetsperioder.

Gruppen mener at det ikke er noe problem å leie ut rom i pasienthotellet til eksterne gjester, i perioder med lav aktivitet. Her må hotellets bookingsystem være slik at det tas primært hensyn til sykehusets planlagte aktivitet, og at elektive pasienter /pårørende har førsterett på rom. Dersom det er kapasitet, kan hotellet ta inn ordinære overnattingsgjester, som da betaler ordinære hotelltakster.

Referanser:

1. Liste over aktuelle pasientgrupper aktuelle til pasienthotell samlet fra referatene etter gruppemøtene våren 2007-09-12 (vedlegg 1)
2. SHD's Rundskriv I-24/2001 Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell.
3. Eksempler på erfaringer fra andre pasienthotell i Norge, opplysninger innhentet av oss via telefon i dagene etter 03.09.07.(vedlegg 2 ...)

VEDLEGG 2

Rundskriv

, publisert 23.05.2001

Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell

Til:

Landets fylkeskommuner

Landets sykehus

Dato: 14.05.2001

Vår ref: 01/02614 SAØ/TOH

Rundskriv I-24/2001**1 Innledning**

En del sykehus har tradisjonelt hatt sykehotell i tilknytning til sin drift. Sykehotell har vært et overnattingstilbud for tilreisende som kom til poliklinisk behandling eller i forkant/etterkant av innleggelse på sykehuset. I den senere tid har det utviklet seg et nytt konsept - pasienthotell - som i tillegg til å være et overnattingstilbud også enkelte steder tilbyr innskrevne pasienter opphold på hotellet.

Etter departementets vurdering vil pasienthotell gi sykehusene en større grad av fleksibilitet. Bruken av pasienthotell vil videre kunne være et viktig virkemiddel for sykehusene for å få til en mer kostnadseffektiv pasientbehandling. I tillegg vil pasienthotell kunne gi enkelte pasientgrupper et bedre overnattingstilbud og totalt sett et bedre behandlingsmiljø.

Det har vært reist spørsmål knyttet til hvilke regler og bestemmelser som gjelder for særlig pasienthotell. Departementet omtaler i dette rundskriv gjeldende regulering og finansiering av pasienthotell/sykehotell.

Regjeringen har foreslått at staten skal overta spesialisthelsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Under pkt. 3 gis en kort omtale av pasienthotell og kapitalrefusjonsordningen sett i forhold til dette forslaget.

2 Regulering av Sykehotell og pasienthotell**2.1 Generelt om regulering av sykehotell og pasienthotell**

Betegnelsene sykehotell og pasienthotell brukes om til dels ulike typer virksomheter. Disse har imidlertid en del felles kjennetegn. Sykehotell/pasienthotell har likhetstrekk

med vanlig hotellvirksomhet, men skiller seg likevel klart fra ordinære hoteller både ved den tette fysiske og organisatoriske tilknytningen til sykehus, ved at hotellet normalt baserer størstedelen av sitt belegg på pasienter og pårørende og ved at hotellet ofte er bemannet med helsepersonell i resepsjonen.

I den tidligere sykehusloven § 15 e var det en egen definisjon av sykehotell: *"institusjon som gir opphold til pasienter som er til ambulantmedisinsk undersøkelse eller behandling"*. I lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m. m., som trådte i kraft 1.1.2001, er de enkelte ulike institusjonstyper og organisasjonsformer for helsetjenesten i svært liten grad særskilt regulert. Loven inneholder ingen særskilte reguleringer av verken sykehotell eller pasienthotell som egen institusjonstype. I hvilken grad de ulike bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven vil gjelde for slike hoteller, vil derfor avhenge av i hvilken grad hotellets virksomhet må anses å være spesialisthelsetjeneste. Dette vil bero på en konkret vurdering av innholdet i den enkelte virksomhet og av i hvilken grad denne har karakter av å være sykehusvirksomhet. I denne vurderingen vil det være sentralt hvorvidt det tilbys opphold til personer som er innskrevet som pasienter ved sykehuset og om det er medisinske og/eller pleiefaglige grunner til at de aktuelle pasientene er innskrevet som pasienter. Det vil også være av betydning om det skjer en medisinsk eller pleiefaglig oppfølging av beboerne, som kan sies å være av sykehuskarakter.

2.2 Krav om godkjenning

For den andelen av hotellets virksomhet som må ansees som sykehusvirksomhet, jf. ovenfor, vil det kreves godkjenning etter reglene om godkjenning av sykehus i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 og forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen.

For å gjøre framstillingen i dette skrevet enklere, har vi videre valgt å omtale

- hotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven) som pasienthotell, og
- hotell som ikke er godkjent som sykehus som sykehotell.

Departementet understreker at dette begrepsskillet ikke er innarbeidet i spesialisthelsetjenesteloven.

2.3 Sykehusets ansvar for pasientene i sykehotell og pasienthotell

For pasienter som er innskrevet ved sykehuset under oppholdet i pasienthotellet, vil dette oppholdet være å anse som en del av pasientens sykehusopphold. Sykehuset vil da ha plikt til å føre tilsyn med pasienten og til å yte behandling dersom dette skulle vise seg nødvendig på samme måte som for øvrige pasienter ved sykehuset. Videre vil sykehuset kunne bli erstatningsansvarlig for manglende tilsyn og for den behandling som eventuelt foretas i hotellets lokaler. Regelverket som gjelder for sykehus vil

også gjelde for oppholdet ved pasienthotellet for disse pasientene, herunder bl.a. journalføring.

Pasienter som overnatter på sykehotell eller pasienthotell, og som ikke er innskrevet ved sykehuset, vil sykehuset formelt ikke ha noe større ansvar for enn for pasienter som oppholder seg på et ordinært hotell, i hjemmet osv. Dette er imidlertid ikke til hinder for at det inngås avtale mellom hotellet og sykehuset, om at sykehuset skal ta et større ansvar for de pasientene som oppholder seg i hotellet eller at pasientene får lettere tilgang til de tjenester som ytes av sykehuset enn hva som gjelder ellers (f eks at pasienten tas inn uten henvisning fra lege). Det vil også ofte være naturlig å inngå slik avtale fordi pasientene som oppholder seg i hotellet som regel mottar behandling på sykehuset og problemene som oppstår i all hovedsak vil knytte seg til denne behandlingen.

2.4 Helsepersonellens ansvar for pasientene

Ofte vil det være ansatt helsepersonell i resepsjonen i sykehotellet og pasienthotellet. Det kan også tenkes at det er ansatt helsepersonell i andre deler av institusjonen.

Ansvaret til dette helsepersonellet vil følge av lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v., rettspraksis og forvaltningspraksis. Etter helsepersonelloven § 4 har helsepersonell en plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. Dette er et selvstendig ansvar som ikke er knyttet til institusjonens ansvar. Hvorvidt helsepersonell opptrer forsvarlig må bero på en konkret vurdering ut fra hvordan personellet kunne og burde ha handlet. Dette må igjen knyttes til den enkeltes faktiske og faglige forutsetninger. Personellens utdannelse, praksis og forventet kompetanse er av betydning i denne vurderingen.

3 Kapitalrefusjonsordningen

Det er adgang til å søke departementet om tilskudd til bygging av sykehus for den del av pasienthotellet som benyttes til sykehusvirksomhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og Forskrift om godkjenning av sykehus og tilskudd til byggearbeider ved sykehus (kapitalrefusjonsordningen). Det følger av forskriftens § 11 at staten refunderer 37,5 prosent av kostnadene ved renter og avskrivninger for godkjente byggeutgifter og 50 prosent av godkjente utgifter til utstyr i forbindelse med slike byggearbeider. Søknad om godkjenning av utgifter som skal gi grunnlag for refusjon må sendes departementet innen 1. mars året før en eventuell utbetaling finner sted, jf. forskriftens § 10.

Regjeringen har foreslått at staten skal overta spesialisthelsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Forslaget vil kunne få konsekvenser for kapitalrefusjonsordningen. Et av flere viktige mål med sykehusreformen er å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger i investert kapital, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. I stedet for en egen kapitalrefusjonsordning, har departementet foreslått å innarbeide

dekning av kapitalkostnader innenfor finansieringen av de nye regionale helseforetakene.

4 Innsatsstyrt finansiering og polikliniske refusjoner. Gjestepasientoppgjøret

Det er nødvendig å skille mellom pasienthotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller tidligere sykehusloven) og hotell som ikke er godkjent som sykehus. Dette vil også få følger for finansiering av pasientbehandling. De to statlige tilskuddsordningene innsatsstyrt finansiering (ISF) og polikliniske refusjoner utbetales i forbindelse med pasientbehandling på sykehus. I tillegg vil gjestepasientoppgjøret regulere inntekter knyttet til pasientbehandling.

Pasienthotell kan benyttes som et alternativ til innleggelse i ordinær sengepost. Etter departementets vurdering kan det være slik at sykehus med pasienthotell/sykehotell i større grad enn andre sykehus kan avgjøre om pasienter skal behandles som inneliggende, som dagopphold, som dagkirurgi eller poliklinisk. Departementet understreker at det er pasientens beste og medisinske-faglige vurderinger som først og fremst skal legges til grunn ved valg av behandlingsopplegg. En bør unngå at økonomiske motiver alene skal avgjøre behandlingsopplegg. Departementet vil framover følge opp om bruk av pasienthotell og sykehotell eventuelt påvirker valg av behandlingsopplegg for pasientene. Spesielt vil det bli undersøkt om bruken av pasienthotell er effektivt som et alternativ til innleggelse i ordinær sengepost.

4.1 ISF og polikliniske refusjoner

Institusjoner (herunder pasienthotell) som er godkjent som sykehus:

Et viktig prinsipp i ISF er at DRG-refusjon bare gis for behandling ved innleggelse (med unntak for de spesifikke dagkirurgiske DRG-er og ikke-kirurgiske dagbehandlinger som er angitt i prislister). Dette innebærer at det kun kan gis DRG-refusjon til de institusjoner (herunder pasienthotell) som er godkjent som sykehusvirksomhet. Det gis kun en DRG-refusjon for den samlede behandling.

Pasienthotell som er godkjent som sykehus vil også kunne tilby overnatting for personer som er til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Det gis ikke refusjon for oppholdet/overnattingen på pasienthotellet, men det utløses DRG-refusjon eller poliklinisk takst for selve behandlingen.

Hotell som ikke er godkjent som sykehus:

I visse tilfeller er det aktuelt å benytte overnattingstilbud (sykehotell) som ikke er godkjent som sykehusvirksomhet. For disse oppholdene/overnattingene gis det ikke DRG-refusjon eller poliklinisk takst.

DRG-refusjonen er knyttet til innleggelse i sykehus (med unntak angitt i prislisen). Innleggelse i sykehus i forkant av opphold på sykehotell gir DRG-refusjon som andre innleggelser. Eventuelt utløses poliklinisk takst for poliklinisk behandling eller DRG-refusjon for dagopphold/dagkirurgi i sykehus før eller etter opphold på sykehotellet.

Dersom innlagte pasienter på sykehus blir overført til et sykehotell som ikke er godkjent som sykehus i siste del av oppholdet, skal oppholdene komme inn under gjeldende korttidsregler for ISF.

4.2 Gjestepasientoppgjør

Tidligere var oppgjør for pasienter som ble behandlet utenfor hjemfylket basert på normerte satser per kurdøgn. Fra 2001 har departementet i "Rundskriv I-6/2001 Omlegging av gjestepasientoppgjøret" bl.a. lagt til grunn at oppgjørsordningen for gjestepasienter bør baseres på avtaler. Der det ikke foreligger egne avtaler, gjelder normerte priser fastsatt i rundskrivet. For de institusjoner som finansieres via DRG-systemet, gjelder med unntak av Radiumhospitalet en normert pris på 80 pst. av DRG (for Radiumhospitalet 85 pst. av DRG). I rundskrivet er det som tidligere fastsatt en egen døgnpris på kr. 680 for sykehotell. Denne døgnprisen er å betrakte som en "overnattingstakst". Kostnader knyttet til behandling inngår ikke i denne døgnprisen.

Ved bruk av DRG-priser er det nødvendig å skille mellom pasienthotell som er godkjent som sykehusvirksomhet og hotell som ikke er godkjent.

Institusjoner (herunder pasienthotell) som er godkjent som sykehus:

Det er kun pasienthotell som er godkjent som sykehusvirksomhet som kan ha innlagte pasienter til behandling. Derav følger at det for innlagte gjestepasienter på pasienthotellet vil kunne kreves DRG-refusjon for behandling av hjemfylket.

Det vil etter departementets oppfatning ikke være rimelig å fakturere for inneliggende behandling etter DRG-pris (vi ser her bort fra dagopphold og dagkirurgi) og overnattingstakst på kr. 680 per døgn for samme pasient i samme periode. Dette fordi kostnader ved overnatting er inkludert i DRG-prisen.

Dersom pasienthotellet tilbyr overnatting til personer fra andre fylkeskommuner som er til dagbehandling eller poliklinisk behandling, vil det være rimelig å kreve refusjon for selve overnattingen, dvs. at døgnprisen på kr. 680 vil kunne gjøre seg gjeldende.

Hotell som ikke er godkjent som sykehus:

Det vil ikke kunne foregå medisinsk behandling på hotell som ikke er godkjent som sykehus. Derav følger at det ved overnatting av gjestepasienter på sykehotellet kun vil bli aktuelt med et oppgjør basert på kr. 680 per døgn.

5 Finansiering av overnatting: Folketrygdens refusjon til pasienter for overnatting

Folketrygdens avgrensing mot det fylkeskommunale ansvarsområdet:

Folketrygden dekker ikke oppholdsutgifter (kost og overnatting) i sykehotell for pasient eller ledsager i forbindelse med helsetjenester som hører inn under det fylkeskommunale området, herunder behandling hos privatpraktiserende spesialister. Folketrygdens bidrag til drift av sykehotell er i denne sammenheng inkludert i fylkeskommunens rammetilskudd.

Derimot skal trygden dekke oppholdsutgifter for pasienter som benytter sykehotell ved annen behandling som godtgjøres av trygden, herunder behandling i kommunehelsetjenesten.

Trygden dekker ikke utgifter til annen overnatting for pasient som får tilbud om overnatting i sykehotell. Kostgodtgjørelse kan dog ytes.

Pasienthotell i fylkeskommunal regi er i forhold til folketrygdens avgrensing likestilt med sykehotell. Dette innebærer at folketrygden ikke dekker oppholdsutgifter i pasienthotell eller sykehotell i forbindelse med helsetjenester som hører inn under det fylkeskommunale området.

Ordinære hotell utenfor sykehusets område:

Folketrygden gir refusjon til pasienten for kostgodtgjørelse og overnatting i forbindelse med poliklinisk behandling dersom den trygdede overnatter utenfor sykehusets område; dvs. i hotell, pensjonat eller lignende, jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling.

Ved fravær som varer over 12 timer er kostgodtgjørelsen 145 kroner per døgn i 2001. Utgifter til overnatting dekkes mot kvittering med inntil 250 kroner per døgn i 2001 dersom overnatting har funnet sted i hotell, pensjonat, gjestgiveri og lignende. Utgifter utover dette dekkes av pasienten selv.

Med hilsen

Gerd Vandeskog e.f.
ekspedisjonssjef

Bjørn Hesthamar
avdelingsdirektør

Kopi:
Landets fylkesleger
Statens helsetilsyn
Rikstrygdeverket