

Helse- og omsorgsdepartementet

Stab økonomi, juridisk og IKT
Økonomiavdelingen

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
19/300034	19/5399	Anne Karlsen	24.3.2020

Oppgis ved all henvendelse

NOU 2019:24 – høringsuttalelse fra Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning og hovedpunkter

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 17. desember 2019, med frist for høringsuttalelse 17. mars 2020 på NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. På grunn av den ekstraordinære situasjonen knyttet til koronaviruset, har Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene i regionen fått utsatt høringsfrist på NOU 2019:24 til 24. mars 2020.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) avgir med dette innspill til høring på NOU 2019:24 om nasjonal inntektsmodell.

Den nasjonale inntektsmodellen er et viktig virkemiddel i arbeidet med å sikre likeverdig tilbud av helsetjenester. OUS ser at det er lagt ned mye arbeid i å finne robuste kriterier for å fordele inntektene som bevilges til å ivareta tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten slik at de overordnede politiske målene om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted kan innfris. NOU 2019:24 gir på noen områder bedre grunnlag for å identifisere interregionale ulikheter i både behov- og kostnadskomponenten enn i dagens modell.

OUS mener imidlertid det er flere forhold som gjør resultatene usikre. I utvalgets mandat ble det blant annet påpekt viktigheten av at kriteriene som utvelges er mest mulig robuste, og at de kan oppdateres årlig. OUS mener at de foreslåtte kriterier ikke er robuste nok for dette formålet på alle områder. Dette er særlig knyttet til Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men også til finansiering av høyspesialiserte tjenester innenfor somatikken og til finansiering av kapital. Dette blir utdypet i punktene under.

2. Forskjeller i behov for helsetjenester og kostnadsforskjeller (kap. 7 og kap. 8)

2.1. Psykisk helsevern / tverrfaglig spesialisert rusbehandling

OUS mener det er flere forhold som gjør at resultatene for psykisk helsevern (for voksne og for barn og unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er usikre og mindre egnede til å benyttes som grunnlag for fordeling av inntekter. I punktene under gis en kort beskrivelse av de viktigste forholdene. For øvrig vises til vedlagte notat som utdyper disse forholdene nærmere.

- *Mangelfullt aktivitetsmål:* Utvalget har i arbeidet etablert et vektet aktivitetsbegrep som benyttes for å vurdere forskjeller i både «behov for helsetjenester» knyttet til pasienten, bostedstilhørighet og kostnadsnivå. Det vektete aktivitetsbegrepet fanger hverken opp pasienttyngde eller ressursbruk, og forutsetter at ulikhet i pasientsammensetning gir utslag i antall aktiviteter innenfor den enkelte kategori. Aktivitetsmålet fremstår etter vår vurdering som for grovmasket.
- *Metodikk:* Det er metodisk problematisk å hente ut data for utvikling av vekter og samtidig benytte vektene til prediksjon i samme populasjon slik det er gjort i utvalgets forslag.
- *«Umodent» ISF-begrep innenfor PHV og TSB:* ISF-finansiering og tilhørende registreringspraksis er fortsatt i en veldig tidlig fase og umodent sammenlignet med somatikken som har hatt ISF-finansiering siden 1997.
- *Begrenset datamateriale:* Datamaterialet er begrenset til ett år (to år for PHV-BU), og basert på samme årstall som innføring av større nasjonale endringer i rapportering- og registreringspraksis for poliklinikk.
- *Underestimering av urbanisitet på sykdomsrisiko:* Gjennom å vurdere behov primært ut fra karakteristika ved individet mener OUS at behovsnøkkelen underestimerer effekten av urbanisitet på sykdomsrisiko.

På bakgrunn av at det ikke foreligger et tilstrekkelig robust aktivitetsmål, mener OUS at det er historisk (faktisk) kostnad som på en best mulig måte gjenspeiler ressursbehovet innenfor disse tjenesteområdene og at historisk kostnad derfor bør tillegges opp mot 100 prosent vekt (eller minst 75 prosent som anbefales av Sandset og Gaaserød's merknad til utvalgets forslag om vekting av historiske kostnader med kun 25 prosent) i fremtidig inntektsfordeling for både psykisk helsevern (for voksne og for barn og unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Alternativet foreslått av utvalget vil etter vår vurdering innebære en risiko for at innbyggerne i Helse Sør-Øst reelt ikke vil få det samme tilbudet som i landet for øvrig.

2.2. Somatikk

Foretakene i Helse Sør-Øst har gjennomgående lavere kostnadsindeks enn helseforetakene i

Helse Nord. Det kan etter vår vurdering ikke utelukkes at dette skyldes at flere av foretakene i Helse Sør-Øst har gjennomført effektiviseringstiltak for å kunne frigjøre midler til å finansiere fremtidige investeringer i nye sykehusbygg. Den relativt høye kostnadsindeksen for Helse Nord kan derfor neppe alene tilskrives at regionen har uforskyldte kostnadsulemper. OUS mener årsakene til kostnadsforskjellene bør analyseres og identifiseres nærmere, før store omfordelinger eventuelt gjennomføres med disse tallene som utgangspunkt.

3. Forskning, utdanning, nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin (kap. 10)

3.1. Forskning og utdanningsoppgaver

Det er en stor forskjell mellom ressursbruk til forskning (3,45 mdr i 2019) og beløpet som er øremerket over post 78 i statsbudsjettet (0,85 mdr). Utvalget konstaterer at det er regionale forskjeller, men peker på at det er de regionale helseforetakene sitt ansvar å prioritere bruk av ressurser til forskning. Oppsummert gir den nasjonale inntektsmodellen en beskjeden direkte finansiering av forskning (20 prosent av RHF'enes egne kostnader) og tilsvarende liten uttelling for økt forskningsinnsats. Siden forskning er en prioritert oppgave, der Helse- og omsorgsdepartementet har tydelige forventninger og blant annet setter krav til økning i kliniske studier, bør det være mekanismer i finansieringsmodellen som i større grad understøtter dette.

3.2. Nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin

Utvalget mener at regionale forskjeller i behov for høyspesialiserte tjenester fanges opp ved at ressurser fordeles til de regionale helseforetakene som skal ivareta mulighetene for å gi et likt tilbud også til de pasientgrupper som har behov for nasjonale eller flerregionale funksjoner. Denne modellen for ressursfordeling stiller imidlertid krav til oppgjørsordninger mellom de fire regionale helseforetakene.

OUS mener dagens ordning for gjestepasientoppgjør, med løpende fakturering, basert på ISF-systemet er et egnet utgangspunkt også for å finansiere nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin. For å sikre finansiering av disse tjenestene må de imidlertid finansieres med en høyere sats enn 80 prosent. Dette er nærmere beskrevet senere i høringsvaret.

4. Andre forhold (kap. 11 Annet) – kapital og gjestepasientoppgjør somatikk

4.1 Avvikling av ordningen med utjevning av kapital mellom regionene

Utvalget anbefaler at dagens system med særskilt behandling av inntekter til kapital i inntektsfordelingsmodellen avvikles, og at disse inntektene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter prinsippene i inntektsfordelingsmodellen.

OUS mener at utviklingen fra grunnlaget benyttet i NOU 2008:2 fram til NOU 2019:24 ikke kan tillegges en slik vekt som utvalget gjør i sine vurderinger. Det er ulike grunner til at kapitalbeholdningen ikke er jevnet ut, blant annet ulike prioriteringer i den enkelte region. I tillegg er investeringer i realkapital krevende prosesser som går over mange år. En periode på 10 år er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig til å vurdere denne type endring.

Det fremkommer i rapporten at helseforetak med mye utstyrsintensiv behandling og helseforetak med store faste kostnader til beredskap vil kunne ha høyere behov for realkapital. Helse Sør-Øst v/ OUS benytter en betydelig del av foretakets kapasitet til behandling av pasienter bosatt i andre regioner. Dette omfatter på flere områder behov for tilgang til spesialisert utstyr og høyspesialisert kompetanse innen for eksempel intensivområdet, hele året. Dette må sikres kostnadsdekkende finansiering.

NOU 2019:24 tar heller ikke hensyn til de foreliggende investeringsplaner i regionene. Helseforetakene har ansvar for å finansiere / sette av midler til fremtidige investeringer. Når faktisk kostnadsnivå, sum drift og kapital, legges til grunn for fordeling av en del av inntekten gjennom kostnadsindeksen vil dette kunne bidra til å gjøre det vanskeligere å finansiere økte kapitalkostnader (renter og avskrivninger) for foretak som har planlagt store investeringer fremover.

I følge data fra Statistisk sentralbyrå, har regionene ulik forventet befolkningsvekst. Det er en svakhet at foreslått fordelingsmodell ikke tar hensyn til forventet fremtidig utvikling i befolkningen. Modellen legger dermed ikke godt nok til rette for å gjennomføre tilpasninger i bygg og utstyr til et økt behov for regioner i relativt sterk vekst. For OUS kan dette også begrense muligheten for å levere høyspesialisert behandling til befolkningen i hele landet fremover.

OUS mener på bakgrunn av ovennevnte at kapitalutjevningen skal opprettholdes som i dagens modell og støtter således ikke utvalgets forslag om å avvikle ordningen. I tillegg er det vår vurdering at det bør sikres kostnadsdekkende finansiering av kapital gjennom det aktivitetsbaserte finansieringssystemet, slik at kapital finansieres i en kombinasjon av fast og aktivitetsbasert finansiering som sikrer en ønsket utvikling av innhold og omfang av høyspesialisert behandling.

4.2. Gjestepasientoppgjør somatikk

Se også punkt 2.2. om nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin.

Kostnadsdekkene gjestepasientordninger er spesielt viktig for regioner som har utvidede oppgaver og ansvar sammenlignet med de øvrige regionene. Helse Sør-Øst ved OUS har et stort omfang av formelle nasjonale tjenester og utfører også et stort omfang av andre høyspesialiserte tjenester for de andre helseregionene. Utvalgets forslag, som tar utgangspunkt i den enkelte regions faktiske kostnadsnivå for å beregne andelen gjestepasientoppgjør finansiert via basis, er et skritt i riktig retning. Det er imidlertid OUS sin vurdering at dette ikke i tilstrekkelig grad vil dekke de kostnadene sykehuset har for disse tjenestene. KPP-beregninger for de senere årene viser at kostnadene for å levere disse tjenestene er i størrelsesorden 120 prosent av ISF-enhetspris når kun løpende driftskostnader medtas. I tillegg kommer kapitalkostnader. OUS har frem til nå driftet i mange gamle bygg. Med nye og moderne bygg øker kapitalkostnadene betydelig. Inkluderes kapital og drift i nye bygg, forventes kostnad per ISF-poeng fremover å være i størrelsesorden 130 prosent av ISF-enhetspris.

I NOU'en foreslås at gjestepasientvolum mellom regionene låses til et gjennomsnitt av 2016 og 2017. OUS mener gjestepasientoppjøret ikke kan låses, men hele tiden bør oppdateres

basert på siste års tilgjengelige data. Fra og med 2018 var det vesentlige endringer i DRG-vektene, blant annet ved av at beregning av vektorer ble gjort basert på KPP-grunnlag og innføring av nøytral merverdiavgift. Endringene representerer etter vår vurdering betydelige forbedringer. Ved OUS var økningen i antall DRG-poeng for pasienter fra andre regioner på nesten 13 prosent i perioden 2016-2019. De uformelle nasjonale tjenestene er etter foretakets vurdering et nasjonalt «sikkerhetsnett» som er med på å sikre befolkningen lik tilgang til spesialisthelsetjenester på en kostnadseffektiv måte. Endringer i bruken av OUS må gjenspeiles i finansieringen. OUS ønsker primært en abonnementsordning der volum registreres løpende og avregnes til faktiske kostnader (inkludert kapital) ved årets slutt.

Med vennlig hilsen


Bjørn-Atle Bjørnbeth
Adm.dir


for Morten Reymert
VAD Økonomi og finans

Vedlegg: Nærmere om inntektsmodell for psykisk helse og spesialisert rusbehandling.

Vedlegg

Nærmere om inntektsmodell for psykisk helse og spesialisert rusbehandling.

(Faglig innspill utarbeidet av Klinikk Psykisk helse og avhengighet)

Sammendrag

Den nasjonale inntektsmodellen er et viktig virkemiddel i arbeidet med å sikre likeverdig tilbud av helsetjenester. NOU 2019:24 baserer seg på nyere og mer komplekse datasett enn dagens modell, og gir derved bedre grunnlag for å identifisere interregionale ulikheter i både behov- og kostnadskomponenten. Det er imidlertid flere forhold som gjør resultatene for fagområdene psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) usikre. Datamaterialet er begrenset til ett år (to år for PHV-BU), og det er basert på samme årstall som innføring av større nasjonale endringer i rapportering- og registreringspraksis for poliklinikk. Aktivitetsmålet benyttet i analysene fanger i liten grad sykdomsbyrde, tjenesteinnhold eller ressursbruk. Videre er det ulikhet i gruppering av kostnader og aktivitet som vil kunne påvirke den beregnede enhetskostnaden som ligger til grunn for aktivitetsvektene. Gjennom å vurdere behov primært ut i fra karakteristika ved individet mener vi også at behovsnøkkelen underestimerer effekten av urbanisitet på sykdomsrisiko og sykdomsforløp.

Innføring av pakkeforløp er den største reformen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge på mange år. Det har vært et uttalt at man ønsker mindre variasjon og mer likeverdige tjenester, samt mer effektiv utnyttelse av ressursene. Dette er til dels sammenfallende med hensikten bak NOU 2019:24. Pakkeforløp har blitt gradvis innført i 2019 og 2020, og har fått og vil få ytterligere store konsekvenser for hvordan tilbudet organiseres i dag og de neste årene. Dette påvirker både etterspørsel etter tjenestene og kostnader betydelig og har antakelig allerede endret tilbudet såpass mye at de analysene som er gjort i NOUen har blitt mindre relevante.

Vurdering av statistisk modell

Vi stiller spørsmål til utvalgets bruk av forbruksdata som grunnlag for å beskrive befolkningens fremtidige behov for helsetjenester. For PHV-V og TSB er forbruksdata kun innhentet for ett år (2017), mens det for PHV-BU er innhentet forbruksdata for to år (2016 og 2017). Det begrensede datamaterialet gjør i seg selv behovsindeksen sårbar for utilsiktet og tilfeldig variasjon grunnet for eksempel ulik registreringspraksis, intern organisering, struktur og tilbud. 2017 var også det første året med endret rapporterings- og registreringspraksis som følge av innføringen av ISF i poliklinikk.

Utvalget i NOU drøfter hvorvidt forskjeller i forbruk av helsetjenester vil kunne skyldes ulik terskel for å oppsøke helsetjenesten («udekket behov»). Som eksempel bruker innvandrerbefolkningen mindre helsetjenester, men vurderer sin egen helse som dårligere enn etniske nordmenn¹. Dette kan indikere at det reduserte forbruket skyldes et underforbruk og ikke et redusert behov, spesielt innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi mener det er mangelfullt at det ikke er gjort grundigere

¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

analyser av effektene udekket behov og ulikhetene i kapasitet (tilbud) gir de regionale helseforetakene i mellom.

Vi støtter utvalgets aldersstyrte inndeling av PHV-V, TSB og PHV-BU, som også er i tråd med ISF-regelverket.

Vurdering av aktivitetsmål («vektede liggedøgn»)

Utvalgets anbefaling om at det snarlig bør igangsettes et arbeid med å etablere et felles aktivitetsmål innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som fanger opp forskjeller i pasienttyngde, tjenesteinnhold og ressursforbruk støttes. Vi er imidlertid kritiske til at utvalget likevel har valgt å benytte vektete liggedøgn som parameter for beregning av både behov- og kostnadsindekser.

Indeksene er basert på nasjonalt beregnet enhetspris utfra helseforetakenes rapportering av aktivitet og kostnader til SAMDATA. En svakhet blir da ulikheten(e) i gruppering av kostnader og aktivitet. Kostrakoden og skillet mellom sengeposter og poliklinikker følger helseforetakenes organisatoriske inndeling, mens aktivitet grupperes i den valgte modellen utfra omsorgsnivå og alder. Dette vil gi skjevheter blant annet med hensyn til polikliniske kontakter registrert på sengepost, og for pasienter under 18 år behandlet i VOP samt pasienter over 18 år behandlet i BUP. Også fordelingen mellom PHV/TSB og somatikken vil kunne påvirke dette målet, for eksempel vil akutte rustilstander gi opphold ved somatiske akuttmottak for sykehus uten egne rusakuttmottak.

Aktivitetsmålet fanger hverken opp variasjon i pasienttyngde/sykdomsbyrde eller tjenesteinnhold/ressursbruk, og forutsetter at ulikhet i pasientsammensetning gir utslag i antall aktiviteter innenfor den enkelte kategori². De 10 aktivitetsgrupper (4 PHV-V, 3 TSB, 3 PHV-BU), som er ment å representere ressursulikheten, blir for unyansert. ISF-poeng innenfor PHV og TSB er foreløpig ikke basert på kostnadsvektberginger. Det er likevel slik at bruk av ISF-poeng ville tilført en dimensjon for faktisk ressursforbruk, og slik sett kunne gitt et bedre grunnlag for å vekte poliklinikk enn hva antall kontakter viser. Et mål på pleietyngde på sengepost kunne videre vært basert på rapportert symptombelastning/funksjonsnivå, triage for innleggelse/hastegrad og/eller vedtak om tvang ved innleggelse.

Vurdering av behovsnøkkelen

Det er grunn til å tro at modellen som er brukt i høringen underestimerer effekten av urbanisitet på sykdomsrisiko. Behovet for tjenester kan ikke sees gjennom forbruk. I våre fagområder er det mennesker med psykiske lidelser som ikke ønsker hjelp grunnet manglende innsikt i egen lidelse, eller at de selv ikke opplever at de trenger hjelp. I en storby (Oslo) vil pasientgrupper som enten ikke har innsikt eller ønske om hjelp lettere kunne unndra seg hjelpetiltak (aktivt eller passivt), i distriktene ville disse pasientene i større grad kunne bli fulgt opp. Dette gjelder både for psykisk lidelse og rusavhengighet. Det er videre store ulikheter mellom kulturelle-/etniske grupper på hvem som oppsøker helsehjelp for psykiske lidelser, disse kan bli aksentuert i enkelte miljøer av viss konsentrasjon slik som man finner i storbyer.

Det er mye som tyder på at psykiske lidelser er svært vanlig og at flertallet av befolkningen

² NOU s 126/vedlegg 2

har hatt psykiske lidelser før fylte 40 år³. Likevel er det bare ca. 4-6 % som bruker spesialisthelsetjenester for psykiske lidelser i løpet av et år. Mange oppsøker aldri helsevesenet og mange får hjelp i førstelinjen. Det er et mye mer uklart skille mellom hvem som bør behandles i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikken. Dermed blir faktorer som tilbud i førstelinjen og kultur for å søke helsehjelp for psykiske plager, mye viktigere faktorer enn faktisk behov for helsehjelp.

Det er både individuelle risikofaktorer med opphopning i storby (rusmisbruk, migrasjon, fattigdom) og kontekstuelle risikofaktorer av effektene av et urbant miljø i seg selv. Denne opphopningen lar seg ikke forklare av andre risikofaktorer som sees hyppigere i storbyen og kan måles ved relativ forekomst av migrasjon, kriminalitet, segregering, stemmegivning ved lokalvalg, sosialhjelpsmottakere, levekostnadsnivå og lignende. I tillegg kommer effekter av det fysiske miljøet som arkitektur, støy og forurensing. Dette gjelder både å være født urbant og å bo urbant. En modell som primært representerer individuelle risikofaktorer vil dermed ikke fange opp effekten av urbanisitet i seg selv. Studier viser at det å være født eller bo urbant kan gi påvirkning av sensitive områder i hjernen for informasjonsprosesser, samsvarende med teorier for hvordan kompleksitet, tempo og organisering påvirker utviklingen av sentralnervesystemet. Effekten er vist i nordiske storbyer. Å bruke innbyggerantall i kommunene som mål på urbanisitet har begrensninger. At antatt behandlingsbehov endrer seg etter kommunesammenslåinger, slik den eksisterende modellen nå hevder å vise, er en motsetningsfylt illustrasjon på dette.

Nedbrutt på sykdomsgrupper er det en rikholdig litteratur⁴ som viser til dels betydelige geografiske variasjoner i sykkelighet. Den mest oppdaterte litteraturen er for de mest alvorlige psykiske lidelsene, særlig schizofreni. Det er disse sykdommene som bærer hovedtyngden av døgnoppholdene i spesialisthelsetjenesten og dermed tynger sterkest i inntektsmodellen.

Epidemiologiske studier, og sannsynligvis i enda større grad det mindre antallet med helsetjenestestudier, har store usikkerhetsmarginer/konfidensintervall på risikoanslagene sine. Det er problematisk at vektingen er basert på estimater som vanligvis har en svært høy grad av usikkerhet til begge sider.

Det er mange epidemiologiske studier på risikofaktorområdet, men få helsetjenestestudier. Dette fordi at det ikke er like sterke sammenhenger mellom behov og bruk av helsetjenester i alle land. I land med forsikringsbaserte tjenester, vil tilgangen til tjenester kunne være redusert i sosialt depriverte områder. Å avgrense seg til helsetjenestestudier vil i stor grad avgrense informasjonen.

En viktig faktor som ikke er beskrevet eller diskutert i NOU 2019:24 er hvordan en kommer fram til hvilken vekt de forskjellige faktorene skal ha – koeffisienten i ligningen. Det har stor betydning for den innbyrdes forklaringsverdien. Det er metodisk problematisk å både hente /utvikle vektingen OG å bruke dem til prediksjon i samme populasjon/analyse. Da risikeres det sirkelslutninger.

³ Schaefer et. al, J Abnorm Psychol 2017 Feb;126(2):212-224

⁴ Se vedlegg litteraturliste

Effekt av de forskjellige faktorene ligger med odds ratioer/IRR på 1.5-2.5 dvs. i størrelsesorden 50 % -100 % tillegg av forekomster⁵.

Variablene som beskriver bosted er bare koblet opp til kommunenivå. Dette vil ikke gjenspeile det de faktiske psykososiale forholdene til gruppen som trenger og bruker helsetjenester. Bruk av kommunedata vil være spesielt lite egnet i Oslo. Oslo kommune har for eksempel svært stor variasjon mellom bydelene i kommunen sammenlignet med resten av landet. Et økt behov hos sosialt depriverte i Oslo vil kunne bli mindre synlig ved at andre i samme kommune fra høyere sosiale lag også bruker mer tjenester enn gjennomsnittet i Norge, herunder forbruk av avtalespesialister i PHV-V.

Vurdering av kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetakene

Vi støtter det overordnede prinsippet om at kun uforskyldte kostnadsforskjeller skal kompenseres, men er usikre på om den benyttede modellen har styrke til å identifisere og tallfeste de eventuelle forskjellene som kan være aktuelle. Når det gjelder PHV-V og TSB er analysene gjort på bare ett årssett med data, og kun 21 observasjoner. Det at analysene er gjort på ett enkelt år gjør modellen sårbar for utypisk kostnadsvariasjon og engangsforhold. PHV-BU er testet med to årssett, og selv om N da dobles, vil avhengighetene mellom observasjonene svekke tilliten til analysene. Vi mener dette er alt for lite data og en ikke optimal måte å bruke dem på. Det er stor variasjon i måten tjenestene organiseres på i disse tre fagområdene rundt om i landet. En bedre måte å undersøke hvilke faktorer som påvirker kostnadene (og behov) ville være å stratifisere hvert helseforetak/opptaksområde for seg og følge disse over flere år. Ved å undersøke hvordan kostnadene endrer seg i hvert område over flere år og så se på hvordan dette samvarierer med andre antatt uavhengige variabler ville man kanskje tydeligere få frem årsaken til behovs- og kostnadsvariasjonen.

Vi mener det er usikkert hvorvidt aktivitetsmålet som er benyttet er egnet til å identifisere årsakene til kostnadsforskjeller. Foreslått innvekting kan derfor medføre at eventuelle interregionale ulikheter i pasientsammensetning/ressursbehov blir underfinansiert. En omfordeling av kostnadsrammer basert på så høy grad av usikkerhet kan påvirke tjenestetilbudet innenfor høyt prioriterte fagområder i negativ retning.

I NOU finner utvalget at det er betydelige forskjeller i utdanningsaktivitet mellom de fire regionale helseforetakene. Forskjellene er ikke forhold som foretakene selv kan påvirke og som av den grunn bør inn i en inntektsfordelingsmodell. Utvalget foreslår derfor en kostnadsindeks som kompenserer for utdanning av leger i spesialisering innen somatikk. For fagområdene PHV-V, PHV-BU og TSB inngår ikke utdanning av leger i spesialisering i forslag til kostnadsindeksen da man i analysearbeidet ikke har funnet at utdanningsaktiviteten bidrar til å forklare forskjeller i kostnadsnivå. I analysen ser det ikke ut til at man har inkludert psykologer i spesialisering eller psykologistudenter i hovedpraksis. Ved klinikk Psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF, er det like mange psykologer som leger i spesialisering. For å kunne gjøre en vurdering av systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom regionale helseforetak knyttet til utdanningsaktivitet, bør det innenfor fagområdene PHV-V, PHV-BU og TSB gjøres en analyse som favner både leger i spesialisering, psykologer i spesialisering og psykologistudenter i hovedpraksis.

⁵ Se vedlegg litteraturliste

Forholdene som er omtalt ovenfor gjør at det isolert sett ikke anbefales å innføre den nye inntektsmodellen for psykisk helse helsevern og rusbehandling. Det bør først og fremst igangsettes et arbeid for å etablere et bedre aktivitetsmål for fagområdene psykisk helsevern voksen, psykisk helsevern barn og ungdom og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det rapporteres nå også kostnad per pasient (KPP-data) for også disse fagområdene, og disse dataene vil gi kunne ytterligere mål på ressursbruken. Vi er derfor enige i utvalgsmedlemmene Sandset og Gaaserød sin merknad om at det i påvente av ytterligere analyser må være en vesentlig høyere innvekting av eksisterende kostnadsforskjeller.

Innføring av pakkeforløp er den største reformen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge på mange år. Det har vært et uttalt at man ønsker mindre variasjon og mer likeverdige tjenester, samt mer effektiv utnyttelse av ressursene. Dette er noe av de samme hensiktene bak NOU 2019:24 også. Pakkeforløp har blitt gradvis innført i 2019 og 2020 og har fått og vil få ytterligere store konsekvenser for hvordan tilbudet organiseres i dag og de neste årene. Dette påvirker både etterspørsel etter tjenestene og kostnader betydelig og har antakelig allerede endret tilbudet såpass mye at de analysene som er gjort i NOUen har blitt lite relevante.

LITTERATURLISTE

Generelt risiko:

Radua, J., et al. (2018). "What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors." *World Psychiatry* 17(1): 49-66.

Padmanabhan, J. L., et al. (2017). "The "polyenviromic risk score": Aggregating environmental risk factors predicts conversion to psychosis in familial high-risk subjects." *Schizophrenia Research* 181: 17-22.

Van Os, J., et al. (2010). "The environment and schizophrenia." *Nature* 468(7321): 203-212.
Urbanisitet:

Abrahamyan Empson, L., et al. "Urbanicity: The need for new avenues to explore the link between urban living and psychosis." *Early Intervention in Psychiatry* 2019.

Fett, A.-K. J., et al. (2019). "Psychosis and urbanicity: a review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism." *Current opinion in psychiatry* 32(3): 232-241.

Vassos, E., et al. "The Maudsley environmental risk score for psychosis." *Psychological Medicine* 2019: 1-8.

Colodro-Conde, L., et al. (2018). "Association Between Population Density and Genetic Risk for Schizophrenia." *JAMA Psychiatry* 75(9): 901-910.

Kirkbride JB et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study *American Journal of Psychiatry* 2017 174:2, 143-153

Heinz, A., et al. (2013). "Urbanicity, social adversity and psychosis." *World Psychiatry* 12(3): 187-197.

Vassos, E., et al. (2012). "Meta-Analysis of the Association of Urbanicity With Schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 38(6): 1118-1123.

Peen, J., et al. (2010). "The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 121(2): 84-93.

Kringlen, E., et al. (2006). "Mental illness in a rural area." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(9): 713-719.

Forurensing:

Attademo, L., et al. (2017). "Environmental pollution and risk of psychotic disorders: A review of the science to date." *Schizophrenia Research* 181: 55-59.

