

HELHETLIG DRØFTING

Innledning

Dette er en samlet drøfting fra Helse Midt-Norge og Helse Vest. Dette betyr at begge regionene slutter seg til hovedprinsippene i drøftingen som gjøres nedenfor. Det kan imidlertid være små forskjeller i enkeltkommentarer på noen av temaene som drøftes.

Helse- og omsorgsdepartementet ber om at høringsuttalelsen følger strukturen i NOU-en. Dette gjennomføres i stor grad her, men det er laget en generell kommentar innledningsvis. Det er ikke alle kapitler i NOU-en som kommenteres. I tillegg til den generelle kommentaren er det gitt kommentarer til kapitlene 7-12.

Generell kommentar

Dette er et meget solid faglig arbeid som legger stor vekt på statistiske analyser i sine vurderinger. De fleste endringer som er foreslått er knyttet til nye analyser som er gjennomført og som er godt beskrevet. Analyser på nye områder, og nye analyser på områder som er analysert tidligere i forhold til forskjeller i behov og kostnadsnivå, bidrar antakelig til at fordelingsmodellen er bedre egnet til å gi RHF-ene et mest mulig likt utgangspunkt for å oppfylle sørge for-ansvaret for sin befolkning.

I noen tilfeller er det benyttet faglig skjønn, noe som selvfølgelig kan diskuteres. Dette er i stor grad knyttet til områder som det er mangelfulle data på, eller at de statistiske analysene ikke gir signifikante effekter på forskjeller i behov eller kostnadsnivå mellom RHF-ene. Det er derfor vanskelig å se noe alternativ til bruk av skjønn på disse områdene.

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til hovedprinsippene i denne modellen. Det er likevel enkelte forhold som krever en kommentar:

Iverksettningstempo

NOU-en viser at det har vært en klar skjevfordeling over flere år mellom RHF-ene. Begge regionene har hatt ulemper over flere år knyttet til underfinansiering i forhold til behov og kostnadsulemper. Det er derfor viktig at dette ikke videreføres ytterligere ved tempotap i implementering av modellen. Helse Midt-Norge og Helse Vest mener derfor at det er viktig at den nye modellen implementeres fra 2009, sekundært i løpet av to år.

Kriteriet for klima og breddegrad

Kriteriet for klima og breddegrad i modellen for fordeling til somatisk sektor er det eneste punktet der utvalget har hatt en intern uenighet. Et mindretall (Hagen, Lindahl og Robertsen) har stilt krav om at dette kriteriet teller maksimalt en femtedel av dets empiriske verdi på grunn av stor usikkerhet i kriteriet. Årsaken til at dette mindretallet allikevel kan akseptere at kriteriet teller noe, er hensynet til at utvalget kan samles om en felles modell. Utvalget har samlet seg om en modell der dette kriteriet skjønnsmessig vektas inn i behovsnøkkelen med 20 prosent av beregnet vekt. Utvalget sier videre at kriteriet ikke behøver følges opp med årlige oppdateringer. Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til dette, og mener klimakriteriet bidrar til en bedre behovsbeskrivelse i behovsnøkkelen. Det er likevel grunn til å ta de faglige innvendingene fra mindretallet på alvor. Det understrekes derfor at det er viktig å følge opp mindretallets presisering av at utvalget i sin innstilling likevel anbefaler at det arbeides videre med analyser av effekter av klimatiske forhold på folks behov for helsetjenester, og hvordan operasjonaliseringen av kriteriet skal skje.

Frysing eller låsing av kriterieverdier

Utvalget har i flere av behovs- og kostnadsnivåøkne foreslått at kriterieverdier beregnes som et gjennomsnitt over en periode og låses til dette nivået. Et argument for dette er at i noen tilfeller kan RHF-ene påvirke verdiene sjøl, og i noen sammenhenger vil en forbedring av kriterieverdien for RHF-et bidra til en nedgang i inntektene for RHF-et. For å unngå denne typen effekter foreslås en frysing av kriterieverdiene. Utvalget sier ingenting om hvor ofte denne typen verdier skal oppdateres. Helse Midt-Norge og Helse Vest mener at frysing av kriterieverdier av denne typen er fornuftig. Kriterieverdiene bør imidlertid overvåkes over tid og bør oppdateres med jevnlig mellomrom når de faktiske verdiene for RHF-ene avviker mye med kriterieverdiene.

Fordelingsnøkkel for prehospitaltjenester

Dette er et nytt område som utvalget har gjort nye og omfattende analyser på. I dagens modell finansieres dette innenfor nøkkelen til somatisk sektor. Utvalget diskuterer 2 alternative modeller her. Utvalget ender opp med å samle seg om alternativ 2 som har en kostnadsnøkkel som fordeler kostnader til prehospitaltjenester og pasienttransport etter gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste akuttstusykehus (85 prosent vekt) og gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste akuttstusykehus kvadrert (15 prosent vekt). Kvadreringen innebærer at lang reiseavstand teller ekstra i fordelingsnøkkel. Utvalget anbefaler at disse kriteriene låses. Utvalget anbefaler at kostnadsvektene oppdateres når bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenesten foreligger. Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til valg av alternativ 2 og registrerer at dette alternativet gir omfordelinger som ligger midt mellom dagens modell og alternativ 1. Dette betyr at utvalget har samlet seg om det alternativet som gir minst omfordelingseffekt i forhold til dagens løsning. Dette er en fornuftig beslutning når datagrunnlag er mangelfullt og analysemodell som benyttes kun er begrenset til bilambulans.

Kapittel 7 Utvalgets behandling av inntekter til kapital

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til prinsippene i modellen, men har en kommentar til beregning av balanseverdiene. Utvalget har valgt å bruke fast eiendom og anlegg under utførelse som grunnlag for beregning av balanseverdiene. For anlegg under utførelse kan det være ulikheter i forhold til om IKT-utstyr, medisinskteknisk utstyr, annet utstyr og inventar er inkludert i tallene eller ikke. Dette er blant annet avhengig av hvor man tidsmessig er i byggeprosessen. Diverse utstyr og inventar kan derfor utgjøre en stor del av anlegg under utførelse hos noen RHF, mens det utgjør en liten andel hos andre. Hos for eksempel Helse Midt-Norge inneholder tallene per 31.12.2006 liten andel utstyrs-kostnader. Dette behøver ikke å slå mye ut i balanseverdiene, men det er et usikkerhetsmoment i tallene.

Det refereres til historisk beholdning i 2002 uten at konsekvensene av verdsettingene som ble gjort høsten 2001 er videre drøftet. Åpningsbalansen ble fastsatt ut fra felles retningslinjer for hele landet. Denne verdsettingen ble benyttet for alle bygg uavhengig av alder. Det vil si at de HF-ene / RHF-ene som hadde gjennomført store investeringer rett før reformen fikk sine bygg kraftig ”nedskrevet” som følge av verdsettingen, mens de som har investert etter reformen har balanseførte verdier til full anskaffelseskost. På denne måten representerer ikke balanseførte verdier 31.12.2006 riktig forhold mellom RHF-ene når det gjelder bygningsmassens reelle verdi. Dette vil ha som konsekvens at omfordelingen av kapital i modellen ikke nødvendigvis er korrekt, men at forskjellene kan være overestimerte.

I en ideell verden der alle RHF-ene stiller likt i utgangspunktet er prinsippet om at det ikke skal gis særskilte investeringstilskudd i modellen et fornuftig prinsipp. Nå er det imidlertid slik at alle RHF har med seg konsekvensene av historiske beslutninger omkring investeringer i store prosjekter. Usikkerhet i tallene omkring omfordeling av forskjeller i kapitalbeholdning, forskjeller i belåningsgrad og ulike konsekvenser av større investeringer i forhold til fremtidig reinvesteringsbehov er ikke grundig analysert av utvalget. Helse Midt-Norge og Helse Vest vil

derfor presisere at det på dette punktet er behov for videre gjennomgang/utredning og spesielt i forhold til hvordan store byggeprosjekter skal håndteres.

Dette er et tema som også to av helseforetakene i Helse Midt-Norge har presisert viktigheten av å arbeide videre med.

Kapittel 8 Analyser av Behov

Dette er generelt et faglig sterkt arbeid. Helse Midt-Norge og Helse Vest tror at den nye behovsindeksen generelt sett reflekterer forskjeller i behov mellom RHF-ene bedre enn den gamle nøkkelen. Dette begrunnes med at det er beregnet nye nøkler som i stor grad er basert på behovsanalyser innenfor hver enkelt av de tre sektorene. Inkludering av sosioøkonomiske kriterier, inkludert klima- og breddegradsvariabel, i behovsnøkkelen for den somatiske spesialisthelsetjenesten gir et bedre fordelingsgrunnlag enn den gamle nøkkelen som var basert på alder alene. Helse Midt-Norge og Helse Vest støtter imidlertid mindretallets innvendinger mot klimavariabelen og deres krav om at den ikke skal telle mer enn 20 prosent jf. generell kommentar innledningsvis.

I den nye nøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling forfordeles Oslo med en skjønnsbasert variabel som teller 5 prosent i fordelingsnøkkelen til helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til dette, men vil henstille om at det igangsettes et utviklingsarbeid for å se om det kan identifiseres generelle storbyeffekter i forhold til behov for rusbehandling.

Kapittel 9 Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til bruken av kostnadsindeksen i fordelingen av basismidler. Utvalget finner det dokumentert at både reiseavstand, forskning og utdanning påvirker kostnadsnivået. Regresjonsanalysene er imidlertid ikke konkluderende i forhold til effekten av forskning og utdanning. Her velges derfor å benytte historiske kostnader med 45 prosent vekt. Helse Midt-Norge og Helse Vest støtter denne vurderingen.

Det er viktig at prinsippet om frysing av nøkkel ivaretas her, da effektiviseringer vil bidra til å påvirke nøkkelen i retning av at de foretakene som effektiviserer, får mindre inntekter i neste periode. Hvor lang denne fryseperioden skal være må imidlertid vurderes underveis. Det er derfor viktig at kostnadsforskjellene overvåkes over tid.

Det er også viktig at analysene knyttet til årsaker til kostnadsvariasjoner følges opp. Utvalget presiserer selv at det ikke har vært mulig å avdekke alle årsaker til kostnadsforskjeller mellom foretakene, og nøkkelen får relativt stor betydning for inntektsfordelingen mellom RHF-ene. Det er derfor viktig å ha god faglig støtte for bruk av denne indeksen. Begge regionene vil gjerne bidra gjennom et oppfølgingsarbeide i forhold til dette.

Kap 10 Forskning utdanning og kompetansesentra

Helse Midt-Norge og Helse Vest støtter utvalgets håndtering av sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Dette gir en fast del som er tilnærmet uendret, og det er en stimulering til RHF med høy forskningsaktivitet. Det bidrar også til å redusere overføringen av forskningsmidler fra Helse Sør-Øst til de andre i forhold til en videreføring av en uendret modell (60/40).

Utvalget reiser en problemstilling i forhold til ulik kostnadsdekning på forskningsaktiviteten mellom RHF-ene. Utvalget påpeker at det er et regionalt ansvar å tilpasse nivået på både forskningsaktivitet og pasientbehandling til de rammene som foreligger. Når Helse Nord har prioritert slik at de har en egenfinansiering av forskningen på i underkant av 50 prosent og Helse Vest på om lag 65 prosent, er dette et resultat av de valg som er gjort. Det vil derfor ikke være riktig å foreta en omfordeling av forskningsmidlene med tanke på en utjevning av

kostnadsdekningen mellom RHF-ene alene. Med dette menes at forskningsmidler ikke må overføres fra RHF med relativt lav egenfinansiering til RHF som har valgt en relativt sett høy egenfinansiering. Helse Midt-Norge og Helse Vest støtter en utredning omkring hvilket nivå det bør være på denne forskningen, og hvordan finansieringen av dette skal være uten at det går på bekostning av pasientbehandlingen.

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til forslaget om finansiering av nasjonale kompetansesentre og høyspesialisert medisin. Det understrekes imidlertid at punktet om å sikre rimelig kostnadsdekning for utførende foretak ikke i alle tilfeller er forenlig med den generelle DRG-baserte finansieringen. Det må derfor åpnes for at det lages nasjonale tileggsløsninger eller løsninger innenfor DRG-systemet som sikrer dette for utførende foretak.

Kapittel 11 Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til modellen som er foreslått for å fordele inntektsrammer til RHF-ene. Vi tror at utvidelsen av kriteriegrunnlaget fører til en bedre fordeling av inntektene i forhold til at RHF-ene skal gis det samme utgangspunkt for å tilby likeverdige tjenester til sin befolkning.

Både nøkkelen for kostnadsnivå og prehospitale tjenester fører til en omfordeling av inntekter i forhold til en ren behovsnøkkel. For Helse Nord gjør dette store utslag, men har også betydning for de tre andre regionene. Helse Midt-Norge og Helse Vest mener dette er en klar forbedring av modellen i forhold til tidligere. Det er imidlertid mye usikkerhet i disse tallene slik at det er viktig at disse to elementene følges opp med nye analyser.

Helse Midt-Norge og Helse Vest registrerer også at utvalgets forslag til fordelingsmodell er nøytral i forhold til stykkprisandel. Dette er en forenkling av modellen som gjør at denne typen endringer kan foretas uten at det vil ha konsekvenser for fordeling i forhold til behov.

Utvalget foreslår at det etableres oppgjørsordninger mellom RHF-ene som baseres på 100 prosent stykkpris samt et tillegg for kapitalkostnader. Det samme prinsipp skal gjelde pasienter utenfor ISF-ordningen også, men da må andre enhetspriser benyttes. Dette bør også suppleres med avtaler om volum. Helse Midt-Norge og Helse Vest finner forslaget interessant, men det er av vesentlig betydning at det er nasjonal enighet om hvor stort kapitalpåslaget skal være, og hvilke enhetsrefusjoner man skal benytte for pasienter utenfor ISF. Det er også viktig å analysere konsekvensene av denne omleggingen i forhold til dagens løsning med tanke på omfordelingseffekter mellom RHF-ene. Helse Midt-Norge og Helse Vest vil derfor foreslå at det etableres et nasjonalt arbeid på dette der alle RHF-ene er sterkt representert.

Kapittel 12 Økonomiske og administrative konsekvenser

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til forslagene om videre utredninger og mener at denne typen analyser vil bidra til å øke legitimiteten til inntektsfordelingsmodellen.

Oppsummering av høringsuttalelsen

Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til prinsippene i finansieringsmodellen som foreslås i Magnussen-utvalget. Følgende punkter fremheves i tillegg som viktige:

- Modellen bør implementeres i 2009, sekundært i løpet av to år.
- Usikkerhet i tallene omkring omfordeling av forskjeller i kapitalbeholdning, forskjeller i belåningsgrad og ulike konsekvenser av større investeringer i forhold til fremtidig reinvesteringsbehov er ikke grundig analysert av utvalget. Helse Midt-Norge og Helse Vest vil derfor presisere at det på dette punktet er behov for videre gjennomgang/utredning og spesielt i forhold til hvordan store byggeprosjekter skal håndteres.
- Nøklene for kostnadsnivå og prehospitale tjenester er en forbedring i forhold til tidligere. Det er imidlertid stor usikkerhet i tallene og det er viktig at nøklene følges opp med nye analyser og bedre modell- og datagrunnlag.
- Helse Midt-Norge og Helse Vest slutter seg til modellen for finansiering av forskning. Det er imidlertid store forskjeller i egenfinansiering av forskningen, og hvor stor andel forskningen utgjør av de totale driftsutgiftene ved de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge og Helse Vest støtter en utredning om nivå på forskning og hvordan dette skal finansieres uten at det går utover pasientbehandlingen.
- Innføring av 100 prosent gjestepasientoppgjør inkludert kapitalkostnader er en interessant løsning. En betingelse for dette er at det etableres et nasjonalt arbeid for å fastsette enhetsrefusjoner for aktivitet utenfor ISF-ordningen, omfordelingseffekter i forhold til dagens løsning og hvor stort kapitalpåslaget skal være.