

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

NOU 2008:2 INNTEKTSFORDELINGSUTVALGET - HØRINGSUTTAELSE FRA HELSE NORD RHF

Sammendrag

Et regjeringsoppnevnt utvalg har på nytt gjennomgått kriteriene for fordeling av aktivitetssuavhengige tilskudd til de regionale helseforetak. På grunnlag av tilgang til nye data og bedre tilpassede analysemodeller er det gjort nye beregninger som blir lagt til grunn for utvalgets forslag om ressursfordeling mellom de fire RHFene. Basisrammen for hele spesialisthelsetjenesten, dvs alt unntatt den innsatsstyrte finansieringen, er nå lagt inn i fordelingsmodellen. Forslaget fra utvalget innebærer en omfordeling av ressurser fra Helse Sør-Øst til de øvrige regionale helseforetak.

Helse Nord RHF vil uttrykke stor anerkjennelse for det arbeidet utvalget har utført, og vil i hovedsak gi sin generelle tilslutning til den foreslåtte modellen. Videre påpekes særlig betydningen av at utvalget både har tatt i bruk nye data og bedre tilpassede analysemodeller som inkluderer et bredere sett av relevante variabler. Det vurderes ellers som svært positivt at utvalget både har revidert og spesifisert modellen for de tjenester som tidligere var omfattet av modellen, og dessuten inkludert nye tjenester i modellen. De nye analysene av så vel behovs- som kostnadskomponentene i modellen har således lagt grunnlaget for en mer rettferdig ressursfordeling mellom RHFene. Den nye modellen kjennetegnes dessuten av en helhetlig og logisk oppbygning, og framstår i tillegg som både intuitivt forståelig og transparent.

Helse Nord anbefaler at forslagene implementeres allerede fra 2009, subsidiært over to år. Samtidig vil Helse Nord understreke rimeligheten av at Helse Sør-Øst i en overgangsperiode tildeles omstillingsmidler for å tilpasse seg ny ressursramme.

Slik Helse Nord ser, det framstår grunnstrukturen i denne nye modellen som såpass robust at den bør ha potensialer til å bli bærekraftig over tid, mens modellens enkeltkomponenter bør revideres etter hvert som ny og bedre dokumentasjon foreligger. Dette behovet for revisjon gjelder særlig kostnadskomponenten, der vekten mellom historisk kostnad og reisetidsvariabelen synes svært skjønnsmessig fastsatt. Her er det ønskelig med nye studier som fanger inn sammenhengen mellom småskalaorganisering og kostnader, noe som forutsetter data på sykehusnivå. Helse Nord vil poengtere at dette ikke bare gjelder forholdet mellom skala og driftskostnader, men at også småskala-organiseringens konsekvenser for kapitalkostnadene bør avklares gjennom bedre dokumentasjon. I utgangspunktet er det for Helse Nord vanskelig å finne gode grunner for at det bør gjøres gjeldende ulike kriterier for beregning av hhv kapitalkostnader og driftskostnader.

Behovet for oppdatering gjelder imidlertid ikke bare områder som trenger bedre dokumentasjon; det gjelder i like høy grad ift tjenestefelt som innen relativt korte tidshorisonter eksponeres for vesentlige endringer mht behov eller kostnader. Helse Nord RHF vil i denne sammenheng peke på slike forestående endringer innen flydelen av feltet prehospitalet medisin. Som følge av forhold de enkelte RHFer ikke kan påvirke, vil det i løpende av de kommende 2-3 år skje en styrt standard- og kostnadsøkning som i vesentlig grad også endrer den relative kostnadsfordeling mellom RHFene. Denne endring slår inn allerede fra juli 2009 og Helse Nord finner det rimelig at denne endring i kostnadsfordelingen bygges inn i ressursfordelingsmodellen allerede fra innslagstidspunktet og deretter justeres årlig inntil den pålagte standardhevingen er gjennomført.

Magnussen-utvalget har forelått en endring av gjestepasientprisen mellom regionale helseforetak fra 80 til 100 prosent av DRG-prisen (pluss kapitalkostnader beregnet til ytterligere 7 prosent). Helse Nord RHF vil foreslå at en slik økning av gjestepasientprisen avgrenses til avtaler om kjøp av høyspesialiserte behandling der gjestepasientstrømmene er en konsekvens av nasjonal funksjonsfordeling. Et tilleggskrav for å oppnå slik forhøyet gjestepasientpris bør være at det samlede forbruk fra pasienter hjemmehørende utenfor eget RHF har et volum som kan sies å være dimensjonerende for en institusjons tilbud. I den grad ingen av disse forutsetninger foreligger, mener Helse Nord at nåværende godtgjørelse på 80 prosent DRG-pris bør opprettholdes. For pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp bør det overhodet ikke gis noen godtgjørelse for gjestepasienter utover ISF-refusjonen (40% av DRG-pris).

Bakgrunn

Ved iverksettingen av helsereformen fra 1. januar 2002, ble de økonomiske rammene fra det fylkeskommunale regime videreført de første årene (2002-2004). Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene tilsvarte dermed de utgiftene fylkeskommunene hadde hatt til spesialisthelsetjenester. I umiddelbar etterkant av reformens ikrafttredelse ble det imidlertid nedsatt et bredt sammensatt utvalg (Hagen-utvalget) som fikk i oppdrag å gjennomgå hele bevilgningssystemet for de regionale helseforetakene. Ett av oppdragene til dette utvalget var å foreslå prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd mellom de regionale helseforetakene. Forslagene som fulgte av kriteriene som ble lagt til grunn i Hagen-utvalgets utredning (NOU 2003:1) ville innebære en kraftig omfordeling i disfavør av Helse Nord (i overkant av 500 millioner kr), med en tilsvarende gevinst for Helse Vest og Helse Midt-Norge. I departementets oppfølgende iverksetting av utredningens forslag (St.meld. nr. 5 (2003-2004) og Innst. S. nr 82 (2003-2004)), ble imidlertid virkningen for Helse Nord betydelig modifisert gjennom et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord. I praksis ble dermed omfordelingen i disfavør av Helse Nord begrenset til 50 mill kr og iverksatt over tre år (2005-2007).

Vanligvis bidrar slike utredninger og oppfølgende vedtak til å fiksere de overordnede kriteriene for ressursfordeling for flere år framover. Når dette ikke skjedde i forhold til Hagen-utvalgets utredning, har det flere grunner:

- I løpet av perioden etter foretaksreformen er det blitt bedre tilgang på data og analysemodeller som muliggjør mer robuste analyser av forhold som påvirker variasjoner i sykehusforbruk. Ulike forskningsmiljøers medvirkning i utarbeidelsen av regionale ressursfordelingsmodeller for intern bruk i den enkelte RHF har bl.a. bidratt til dette
- Med utgangspunkt i bedre tilrettelagte data kom dessuten en svært viktig artikkel fra samfunnsøkonomen Fredrik Carlsen (2006) ved NTNU. Han kunne gjennom sine analyser dokumentere signifikante positive sammenhenger mellom sosio-økonomiske

og klimarelaterte variabler og sykehusforbruk (behov for spesialisthelsetjenester). Indirekte bidro dermed Carlsen til å svekke konklusjonene i Hagen-utvalget der aldersvariabelen var den helt dominante (med 96% vekt i somatikk-delen).

- Carlsens analyser var også sterkt medvirkende til det engasjement fylkespolitikere i de tre nordnorske fylker utviste i sitt engasjement for få gjenopptatt arbeidet med å revidere ressursfordelingsmodellen.

Ovennevnte og flere forhold bidro til at regjeringen ved kongelig resolusjon i desember 2006 oppnevnte et nytt utvalg som fikk i oppdrag å komme med forslag til et nytt inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak. I begrunnelsen for å oppnevne dette nye utvalget ble det også lagt betydelig vekt på at de regionale helseforetak var blitt tilført nye og store oppgaver siden gjennomgangen i Hagen-utvalget (NOU 2003:1).

Utvalget fikk i mandat å komme fram til et mest mulig enkelt og rettferdig system for ressursfordeling mellom regionale helseforetak og å legge ny forskning, nye data og nye metoder til grunn for sine utredninger og forslag. Det ble dessuten presisert at utvalget i sin gjennomgang måtte ta hensyn til endringer i oppgaveporteføljen til de regionale helseforetakene og til andre strukturelle endringer siden forrige gjennomgang. Det ble her særlig pekt på områder som rusbehandling, pasienttransport, opptreningsinstitusjoner, pasientskadeordningen og nasjonale kompetansesentra. Utvalget fikk frist til å levere innen utgangen av 2007 og overleverte sin innstilling til statsråden 10. januar 2008 (NOU 2008:2).

Kort oppsummering av fakta, premisser og konklusjoner

Innstillingen fra Magnussen-utvalget er, som nevnt ovenfor, publisert i NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak". Utvalgets 14 medlemmer har avgitt en enstemmig innstilling og har således samlet seg om en felles modell. Denne modellen er sammensatt av en ulike fordelingsnøkler som, aggregert, gir en samlet indeks for ressursbehov i de ulike regionale helseforetak. Indeksen består av følgende nøkler:

- Samlet behovsindeks, basert på tre komponenter
 - Behov somatikk (teller 77,6 prosent)
 - Behov psykisk helsevern (eller 19,4 prosent)
 - Behov tverrfaglig spesialisert rusbehandling (teller 3,0 prosent)
- Indeks for kostnadsnivå
- Indeks for prehospitale tjenester

I tabellen nedenfor er behovsindeksen for de tre delsektorene aggregert og sammenstillet med indekser for hhv kostnadsnivå, prehospitale tjenester og samlet ressursbehov i de enkelte regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Behandlings-behov	Kostnads-indeks	Indeks prehospitale tjenester	Indeks for ressursbehov
Helse Sør-Øst	1,013	0,985	0,654	0,977
Helse Vest	0,937	0,980	0,798	0,911
Helse Midt-Norge	1,002	1,020	1,255	1,035
Helse Nord	1,058	1,095	3,008	1,267

Fra denne samletabellen kan det leses at Helse Nord RHF har en et beregnet behandlingsbehov for somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling som er 5,8 prosent over landsgjennomsnittet, aksept for en kostnadsindeks som er 9,5 prosent over landsgjennomsnittet, et beregnet ressursbehov for prehospitale tjenester som er tre ganger

høyere enn landsgjennomsnittet, og et totalt beregnet ressursbehov som er 26,7 prosent over landsgjennomsnittet.

Nedenstående tabell viser omfordelingsvirkningene av forslagene i Magnussen-utvalgets innstilling:

Regionale helseforetak	Indeks for ressursbehov	Korreksjon For kapital	Omfordeling totalt	Omfordeling kr. per innb.	Omfordeling i pst. av bevilgn.
Helse Sør-Øst	-809	28	-781	-300	-2,2
Helse Vest	181	65	246	254	2,1
Helse Midt-Norge	369	-45	324	496	3,7
Helse Nord	258	-48	211	456	2,6

Den første kolonnen fra venstre viser hvilke omfordelinger i millioner kr. som følger dersom beregnet ressursbehov legges til grunn. Det er deretter gjort en korreksjon for kapital, for å justere for det utvalget mener er en urimelig forskjell i beregnet kapitalbeholdning for de enkelte RHFER ved foretaksreformens start i 2002. Selv etter denne justeringen, innebærer dette en omfordeling på nærmere 800 mill kr fra Helse Sør-Øst til de øvrige tre regionale helseforetakene. Omfordelingen per innbygger er klar størst for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Generelle vurderinger

Den foreliggende utredning fra Magnussen-utvalget representerer utvilsomt et betydelig dokumentasjonsmessig og faglig løft sammenlignet med tidligere utredninger om samme problemstilling. Ikke bare er tilgangen til – og bruken av – data bedre enn tidligere; de analytiske og modellmessige tilnæringsmåter er også vesentlig utviklet i samarbeid med og mellom de aktuelle forskningsmiljøene. Det er videre tydelig at Magnussen-utvalget også kan trekke veksler på det arbeid som i mellomtiden er nedlagt i utvikling av regionale ressursfordelingsmodeller innen de enkelte RHFER. Dessuten er det lagt betydelig arbeid i å innlemme nye områder i ressursfordelingsmodellen; i denne sammenheng vil vi særlig peke på det viktige analyse- og utviklingsarbeidet som er gjort for å fange inn både behovs- og kostnadsforskjeller innen feltet prehospitale tjenester. Altså er både nye områder innlemmet i analysene og nye analyser gjennomført på områder som tidligere er analysert, både ift behov og kostnader. Dermed antas beregningene i Magnussen-utvalget å ha lagt et grunnlag for en fordelingsmodell som forbedrer treffsikkerheten mht å gi RHFe et mest mulig likt utgangspunkt for å oppfylle sørge for-ansvaret for sine respektive befolkninger.

Hovedbudskapet i Helse Nords høringsuttalelse er derfor å gi velfortjent honnør til det betydelige nybrottsarbeid utvalget har utført innen den relativt korte tidsfrist som var satt for dette arbeidet. At det fremdeles er elementer i modellen som fastsettes gjennom utøvelse av (faglig) skjønn, røkker ikke ved denne hovedkonklusjonen. Anvendelsen av slikt skjønn utøves særlig i (den prosentvise) vektingen av enkelte parametre i modellen. Skjønn utøves på ingen måte vilkårlig, men begrunnes med varierende grad av støtte i data og resonnementer.

Bruken av kvalifisert skjønn verken kan eller bør elimineres, men i forhold til enkelte elementer i fordelingsmodellen bør det være en framtidig ambisjon å erstatte skjønn med mer håndfaste og empirisk baserte analyser. Uten å røkke ved selve grunnstrukturen i den fordelingsmodellen som er utviklet, bør det således arbeides videre med å tallfeste sammenhenger som pt er mer skjønnsmessig fastsatt; dette gjelder i noen grad ift behovselementene i modellen, men i enda høyere grad ift kostnadsindeksen som inngår i

modellen. Etter hvert som slik dokumentasjon fremskaffes, bør disse resultatene suksessivt bygges inn i ressursfordelingsmodellen

På dette grunnlag vil Helse Nord RHF gi sin tilslutning til de hovedprinsipper som er lagt til grunn i den ressursfordelingsmodell som tilrådes av Magnussen-utvalget.

Iverksettingstempo

De omforente forslagene om omfordeling som følger av NOU 2008:2 må kunne leses som en erkjennelse av at det over flere år har vært en betydelig skjevfordeling av ressursene mellom de enkelte regionale helseforetak. Sagt på en annen måte innebærer dette at tre RHFer over tid har vært underfinansiert i forhold til dokumenterte behov og kostnadsulemper. Denne historiske "urett" som dermed er dokumentert, kan ikke gjøres om, men tilsier raskest mulig implementering av den nye modellen. Helse Nord RHF er derfor av den oppfatning at den nye modellen bør implementeres allerede fra 2009, subsidiært over to år. Helse Nord RHF vil samtidig påpeke behovet for at Helse Sør-Øst gis tidsavgrensede omstillingsmidler for å tilpasse seg sin nye ramme.

Frysing eller fastlåsing av kriterieverdier

For flere av behovs- og kostnadsnøklerne har utvalget foreslått at kriterieverdiene beregnes som et gjennomsnitt over en periode og låses til dette nivået. Et viktig argument for en slik ordning er at RHFene i noen tilfeller selv kan påvirke verdiene, og i noen sammenhenger vil en forbedret score på en verdi for et regionalt helseforetak kunne føre til reduserte inntekter for det samme RHFet. Det er for å unngå slike perverterte incentiver at utvalget foreslår å fryse kriterieverdiene. Helse Nord RHF er enig i at dette, isolert sett, er et fornuftig forslag slik modellen er konstruert.

Utvalget sier imidlertid ingenting om hvordan kriterieverdiene skal overvåkes over tid, eventuelt oppdateres. Dette er en begrensning ved modellen slik den nå foreligger, særlig fordi enkelte av kriterieverdiene hviler tungt på skjønn, og dermed noe svakere på dokumentasjon. Det kan derfor ikke tas for gitt at kriterieverdiene i utgangspunktet er "riktig" satt. Det kan heller ikke tas for gitt at behovs- og utgiftsdynamikken, på områder som styres av fikserte kriterier, i tiden framover vil være fordelingsnøytral mellom RHFene. Dette generelle poeng er konkretisert i neste avsnitts omtale av prehospitale tjenester. Helse Nord vil derfor finne det hensiktsmessig at kriterieverdiene overvåkes over tid og med jevne mellomrom oppdateres når de faktiske verdiene for RHFene avviker mye fra kriterieverdiene.

Fordelingsnøkkel for prehospitale tjenester

Når dette tjenestefeltet omtales mer omfattende enn andre, og med en mer eksplisitt vektlegging av forholdene i Helse Nord enn tilfellet er ellers i høringsuttalelsen, er det fordi prehospitale tjenester har et mer ekstremt volum enn i landet for øvrig. Modellens håndtering av disse tjenestene er derfor svært konsekvensrik for Helse Nord.

Ift ressursfordelingsmodellen er dette et nytt område som inkluderer ambulansetjeneste med bil-, båt- og luftressurser i tillegg til pasienttransport. Dette området finansieres i dagens modell innenfor nøkkelen til somatisk sektor. Utvalget har, med bistand fra Sintef Helse, gjort nye og omfattende analyser vedrørende *bilambulansetjenesten*.

Utvalget diskuterer to alternative modeller:

Hovedmodell I legger til grunn de normbaserte beregningene for bil- og båtambulanse (Sintef rapport A4255) samt låsing av de historiske kostnadene (2006) vedrørende luftambulanse og pasienttransport.

Hovedmodell II legger til grunn en fordeling av kostnader til prehospitale tjenester og pasienttransport etter gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste akuttssykehus (85 prosent vekt) og gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste akuttssykehus kvadrert (15 prosent vekt). Kvadreringen innebærer at lang reiseavstand teller ekstra i fordelingsnøkkelen.

Utvalget har samlet seg om hovedalternativ II og anbefaler at disse kriteriene låses. Utvalget anbefaler at kostnadsvektene oppdateres når bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenesten foreligger. Utvalget har dermed anbefalt det alternativet gir omfordelingseffekt som ligger midt mellom dagens modell og hovedalternativ I. Dette betyr at utvalget har valgt det alternativet som gir *minst* omfordelingseffekt i forhold til dagens løsning.

Nærmere om kostnader bilambulansetjenesten

Kostnadsutvikling bilambulansetjenesten i Helse Nord:

	År	Mill.kroner	Diff. MNOK	Diff. %
Regnskap ambulanse	2006	402	0	0
Foreløpig regnskap inkl. fordelte felleskostnader	2007	552	150	37,3
Normert kostnad <i>beregnet</i> av Sintef (A4255)	2007	657	255	63,4

Basert på Sintefs analyse fremgår det i forarbeidet at dette resultatet for bilambulansetjenesten gir en beregnet omfordeling til Helse Nord på 91,6 MNOK. Dette er analysedelen som fremkommer under utvalgets hovedalternativ I. Selv om det i denne analysen er kompensert noe (noen ekstra biler), tas det ikke tilstrekkelig høyde for kompensasjon vedrørende behovet for ambulansebåt. Ca. 50% andel av fartøyene befinner seg i Helse Nord. En ambulansebåt har ca 4 ganger høyere kapitalkostnad og ca. 2 ganger høyere driftskostnader enn en ambulansebil - og krever normalt (som fly) bruk av ambulansebiler på begge sider av overfarten.

Nærmere om kostnader luftambulansetjenesten

En låsing av den relative fordelingen basert på kostnadsfordelingen pr. 2006 når det gjelder luftambulansetjenesten vil ikke fange opp fremtidige og betydelige endringer som allerede er kjent i dag. Hovedårsaken til dette er nye myndighetskrav og flykontrakter fra juni 2009 som medfører at Helse Nord får forholdsvis økt andel kostnader:

Kostnadsutvikling luftambulansetjenesten (1000 kr):

	2004 Regnskap	2005 Regnskap	2006 Regnskap	2007 Rev.budsj.	2008 Budsjett	2009 Est.budsj.	2010 Est.budsj.	2011 Est.budsj.
Totalt i Norge, flyoperativ del	403 869	450 149	466 471	491 549	532 864	632 533	694 732	715 029
Helse Nord, flyoperativ del	142 113	148 934	162 530	169 420	191 301	243 814	279 129	287 179
Helse Nord, helsedel flyamb					2 000	4 000	4 000	4 000
SUM Helse Nord	142 113	148 934	162 530	169 420	193 301	247 814	283 129	291 179
% andel Helse Nord	35,2	33,1	34,8	34,5	36,3	39,2	40,8	40,7

Tabellen over viser at Helse Nords relative andel av kostnadene til flyambulansetjenesten er estimert til å øke med ca. 6 prosentpoeng fra 2006 til 2010. Dette innebærer at Helse Nords absolutte kostnader til dette formål øker med ca. 41 mill. kr. mer enn den generelle kostnadsveksten for denne tjenesten skulle tilsi. Linjen "Helse Nord, helsedel flyambulanse" gjelder forholdsvis høyere økning for Helse Nord som konsekvens av europeisk forskrift EU-OPS, Subpart Q med nasjonalt tillegg gjeldende fra senest 16. juli 2008.

Utvalgets anbefalte fordelingsnøkkel (Hovedalternativ II) - konsekvenser

Alternativet tar utgangspunkt i reisetid til nærmeste akuttstusykehus og modellen beskrives som et "kompromiss" mellom dagens kostnader og hovedalternativ I.

Modellen "Hovedalternativ II" som utvalget anbefaler synes å gi en fordelingsnøkkel som ikke i tilstrekkelig grad ivaretar behovene vedr. de prehospitale tjenestene:

- Modellen legger til grunn avstand til akuttstusykehus, men synes ikke å ta tilstrekkelig høyde for struktur og store avstander i Nord-Norge knyttet til "sentralsykehusfunksjoner", universitetssykehusfunksjoner og landsfunksjoner.
- For bilambulansetjenesten legger denne modellen i mindre grad til grunn en lik tilgjengelighet og kvalitet på tjenesten i Norge i forhold til hovedalternativ I.
- Modellen legger til grunn et kostnadsnivå pr. 2006. På dette tidspunkt hadde Helse Nord svakere utviklet prehospital bilambulansetjenester enn andre deler av landet. Tjenesten er fremdeles under utvikling og regnskap 2007 viser et betydelig løft på ca 100 MNOK for å innføre nye forskrift og nye krav til bemanning/kompetanse og tilstedevakt.
- Modellen ivaretar ikke endringene i den relative fordelingen av betydelig økte kostnader vedr. luftambulansetjenesten etter 2006 pga. nye myndighetskrav.
- Modellen ivaretar ikke tilstrekkelig helhetkostnadene knyttet til kompleksiteten i de prehospitale tjenestene i Nord-Norge - betydelig behov for bruk av ambulansebåter, ferger og ambulansfly i kombinasjon med bilambulansetjenesten.
- Modellens kompromiss gir ikke tilstrekkelig ivaretagelse av beredskapskostnader for å tilby befolkningen lik tilgjengelighet og kvalitet. Helse Nords geografi og befolkningsstruktur medfører forholdsvis høyere kostnader til beredskap enn hva som lå til grunn i 2006.

Helse Nords vurdering

Helse Nord er generelt svært fornøyd med at kostnader til prehospitale tjenester inngår som en viktig premiss i utvalgets arbeid og konklusjoner. Dette er særdeles viktig for Helse Nord som har ca. 45% av landets areal og en spredt bosetning.

Gjennom sitt arbeid har utvalget dokumentert reelle behov og tidligere skjevfordeling av prehospitale tjenester. Det er derfor viktig at det etterslep som i lang tid har preget ambulansetjenesten i Nord-Norge nå korrigeres helhetlig slik at tilgjengelighet og kvalitet blir tilnærmet lik i hele landet. Helse Nord anbefaler derfor at **Hovedalternativ I** legges til grunn som fordelingsnøkkel for de prehospitale tjenestene fordi denne bedre ivaretar en fordeling basert på forskriftskrav og analyser med like forutsetninger for hele landet. Det er derfor formålstjenlig å benytte en modell som ikke fikserer kostnadsnivået for ambulansetjenestene til nivået for et tilfeldig år, for eksempel 2006. I tillegg til at Hovedmodell I legges til grunn, bør fordelingsnøkkelen også ta hensyn til kjent utvikling av kostnadsfordelingen for luftambulansetjenester - og utrede en bedre fordelingsnøkkel knyttet til båtambulansetjenesten.

Helse Nord støtter utvalgets anbefaling om at kostnadsvekstene for prehospitale tjenester og pasienttransport oppdateres når bedre datagrunnlag og analysemodeller som ivaretar sammenhengene i tjenestene foreligger. De forestående endringer av utgiftsfordelingen for ambulansflyene bør imidlertid innarbeides i fordelingsnøkkelen allerede fra andre halvår 2009.

Kapittel 7: Utvalgets behandling av inntekter til kapital

Utvalget tar utgangspunkt i at tilskudd til kapital prinsipielt skal behandles på samme måte som tilskudd til øvrige kostnader. Helseforetaksmodellen åpner for at det enkelte helseforetak

selv kan avveie bruk av fordelingen mellom arbeidskraft og kapital. Utvalget understreker at egne tilskudd til kapital vil bryte med denne modellen.

Utvalget viser videre at det ikke er en jevn fordeling av kapital mellom de fire RHF-ene og at denne bør jevnnes ut. Dagens modell legger også opp til en utjevning med en kombinasjon av historisk beholdning i 2002 og kriterier fra Hagen-utvalget. Utvalget foreslår en noe modifisert modell for utjevning. Forskjellene (i ikke-belånt kapital) fordeles over en periode på 20 år og utlignes gjennom en omfordeling fra Helse Nord og Helse Midt-Norge (som ligger over gjennomsnittet) til Helse Sør-Øst og Helse Vest (som ligger under gjennomsnittet). Den relativt lange utjevningsperioden har som formål å redusere eventuelle skjevheter i balanseverdier.

Utvalget erkjenner at det er noe usikkerhet knyttet til metoden. Deler av gjeld vil være knyttet til medisinsk teknisk utstyr. Videre er beregnet verdi på kapital bokført verdi, og ikke omsetningsverdi. Utvalget understreker at en slik justering krever at det ikke ytes direkte tilskudd til investeringer ut over de beløp som kommer i den generelle basisrammen.

Helse Nord RHF ser i utgangspunktet ingen grunn til at inntekter til å betjene kapitalkostnader skal fordeles mellom regionene etter andre prinsipper enn øvrig basis ramme.

Dette begrunnes slik:

- Det vil være en sammenheng mellom "kostbar drift" og behov for kapital
- I en stor region med liten befolkning og svært mange fysiske enheter lokalisert på mange steder, vil det være vanskelig å oppnå samme utnyttelse av kapitalen som i større mer befolkningstette områder. Dette gjelder både bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr.
- Det er foretakenes ansvar å gjøre avveininger mellom bruk av kapital i form av bygg og utstyr sett opp mot bruk av personell, transportkostnader eller andre driftskostnader.
- Utvalget gjør vurderinger av "behovet for kapital" basert på regnskapstall pr. 31/12 2006, korrigert for langsiktig lånegjeld. Dette betyr at verdsetting av åpningsbalanse, nedskrivninger av åpningsbalanseverdier og andel lånefinansiering av investeringer, direkte og indirekte vil påvirke inntektsfordelingen mellom helseregioner.

Andre inntekter

I arbeidet med inntektsfordelingsmodellen er flere tidligere øremerkede tilskott (tilskott til pasienttransport, kjøp av rehabiliteringstjenester m.m.) definert som basisramme og inkludert i modellen. Helse Nord finner det rimelig at dette prinsippet må gjennomføres fullt ut slik at også de investeringstilskudd som allerede er fordelt regionene inkluderes i modellen. Slik Helse Nord ser det, er derfor investeringstilskuddene som allerede er fordelt, i realiteten forskudd på fremtidig basisramme som følgelig skal inntektsføres i takt med avskrivningene på de konkrete investeringene.

Kapittel 8: Analyser av behov

Dette er et av områdene der utvalget har levert de mest markante forbedringer ift tidligere arbeider; det tas i bruk både mer detaljerte data og langt mer raffinerte analysemetoder og modeller. For hver av behovskomponentene – somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – er det utviklet modeller som gjør det mulig å fange inn forbruks- og fordelingsvirkninger av et bredt sett av relevante bakgrunnsvariabler. Den viktigste forbedringen gjelder inkluderingen av sosioøkonomiske kriterier, hvis betydning for behov over flere tiår har vært dokumentert gjennom forskning. I tillegg er det for somatikk-komponenten inkludert en klima- og breddegradsvariabel som viser seg å ha stor

forklaringskraft på forbruket. Konsekvensen er at den forrige modellens ekstreme vektlegging av alder (96%) er blitt kraftig modifisert.

I den nye nøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilgodesees Oslo med en skjønnsbasert variabel som teller med 5 prosent i fordelingsnøkkelen til Helse Sør-Øst. Intuitivt er en slik skjønnsfaktor rimelig, sett i lys av den høye forekomst av slike behov i Oslo, til dels generert av pasienter med opprinnelig bakgrunn fra alle kanter av landet. For øvrig vil Helse Nord påpeke betydningen av å gi et mer presist faglig innhold til begrepet ”tverrfaglig spesialisert rusbehandling”, og at det i vurderinger og beregninger av behov for slike tjenester er viktig å skille dem ut fra det mer generelle omsorgsbehov som finnes hos ruspasienter.

Helse Nord vil generelt gi honnør for det betydelige nybrottsarbeid utvalget har levert mht utvikling av behovsmodeller som vurderes å gi et mer rettferdig grunnlag for ressursfordeling mellom RHFene. Helse Nord konstaterer ellers at klima- og breddegradsvariabelen, som i regresjonsanalysene framstår med stor prediktiv kraft, bare er vektet med 20 prosents effekt i modellen; det er neppe for meget.

Kapittel 9: Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Ut fra foreliggende data har utvalget gjort et godt og rimelig transparent forsøk på å fange inn forskjeller i RHFenes kostnader ved å drive spesialisthelsetjenester. Slike analyser er vanskelige øvelser, ikke bare på grunn av begrensninger i datatilfanget, men også som følge av at forskjeller i kostnadsnivå ikke bare kan skyldes objektive og ikke-påvirkbare forhold, men også egen ineffektivitet (altså påvirkbare forhold). En ressursfordelingsmodell bør kompensere for objektivt dokumenterbare kostnadsforskjeller som kan tilbakeføres til ikke-påvirkbare forhold, men ikke belønne ineffektiv ressursbruk. Utfordringen er å finne gode metoder for å skille mellom disse to forskjellige årsaker til kostnadsforskjeller. Det er derfor ikke overraskende at utvalget har sett seg nødt til å legge inn en betydelig grad av skjønn i håndteringen av kostnadskomponenten.

Gjennom sine (riktignok begrensede) analyser finner utvalget det dokumentert at både reiseavstand, forskning og utdanning påvirker kostnadsnivået, men bare for førstnevnte av disse variablene kan sammenhengen dokumenteres med tilstrekkelig robusthet og konsistens. En rekke andre variabler er forsøkt analysert mot kostnadsnivå, men variabler som størrelse, akuttberedskap og befolkningstetthet gir enda mindre signifikante utslag på kostnadsnivået (slik disse variablene er operasjonalisert i utvalgets analyser).

Blant de analyserte variablene, er det derfor bare *reisetid* utvalget velger å inkludere i ligningen for kostnadskomponenten. Det angis to begrunnelser for dette: 1) at reisetid er en variabel som helseforetakene i begrenset grad kan påvirke; 2) at reisetidsvariabelen antas å fange opp noen av de kostnadsulemper som kommer av spredt akuttberedskap, rekrutteringsproblemer, turnover og vikarkostnader. Reisetidsvariabelen er med andre ord ment å skulle fange inn kostnader knyttet til en desentralisert sykehusstruktur. Utvalget foreslår å gi denne variabelen en vekt på 55 prosent, mens foretakenes historiske kostnader (gjennomsnitt for 2003-2005) gis en vekt på 45 prosent. Gjennom å inkludere historiske kostnader som variabel, forutsetter utvalget å fange inn andre forskjeller i kostnadsnivå enn de som følger av reisetid. Både den relative vektning og inkludering av sistnevnte variabel må imidlertid antas å være uttrykk for et skjønn fastsatt med sideblikk, såvel til fordelingsvirkninger som til muligheten for å oppnå konsensus for utvalgets tilrådinger.

Gitt det utilstrekkelige datagrunnlaget og de manglende robuste sammenhenger som framkom i analysene, har utvalget – etter Helse Nords vurdering – utvist et klokt og balansert skjønn i

sin samlede vurdering av kostnadskomponenten. Når dette er sagt, vil Helse Nord samtidig gi sterk tilslutning til utvalgets anbefaling om at det initieres et oppfølgende arbeid med sikte på nærmere å beskrive, dokumentere og analysere forhold som påvirker kostnadsforskjeller mellom foretak. Helse Nord vil særlig peke på behovet for å dokumentere de småskalaulemper som knytter seg til å drifte små sykehusenheter med lokalsykehus-funksjoner og beredskapsansvar for sine respektive befolkninger. For slike analyser er data på foretaksnivå utilstrekkelige; følgelig er det nødvendig å få tilgang til data på sykehusnivå. Denne erkjennelse er godt formulert i utvalgets innstilling: "Manglende data på sykehusnivå gjør for eksempel at vi ikke kan identifisere de små sykehusene i analysene. At man gjennom analyser på materiale bestående av helseforetak ikke klarer å fange opp smådriftsulemper, innebærer imidlertid ikke at slike ikke er til stede."

Et annet kjennetegn ved småsykehus lokalisert i relativt stor avstand til andre (og større) sykehus - og som er mer spesifikk variant av småskalaulempen - er de mange parallelle beredskapsordninger som er etablert for å ivareta akuttberedskapen. Det er derfor ønskelig å få kartlagt antallet slike beredskapsordninger på sykehusnivå med sikte på å analysere hvordan denne faktoren eventuelt påvirker forskjeller i enhetskostnader mellom foretak. Helse Nord vil gjerne bidra til å fremskaffe relevante data for slike analyser, men forutsetter at nasjonale helsemyndigheter tar de initierende grep for å koordinere nødvendig dokumentasjons- og forskningsinnsats på dette feltet.

Kapittel 10: Forskning, utdanning og kompetansesentra

Forskning.

Helse Nord støtter utvalgets håndtering av sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, der alle RHF får ¼ hver av basis, men at basis reduseres til 30%. Dette gir en basisdel til Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord som er tilnærmet uendret, og det er samtidig 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.

Utvalget viser til NIFU Steps undersøkelse av ressursforbruk til forskning i helseforetakene for 2006 (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Nasjonal-kartlegging-av-ressursbruk-til-.html?id=440467>).

Rapporten viser at der er varierende praksis de regionale helseforetakene imellom. Et hovedskille går mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF som begge oppga at alle forskningsmidler ble viderefordelt til helseforetaksnivået, og de tre øvrige RHFer som rapporterte om midler som ble fordelt utenom sine respektive helseforetaksgrupper. Sistnevnte RHF tildeler midler til klinisk forskning dels til universiteter og sentra som er eid og finansiert av RHF, men der midlene betales ut til en tredjepart. Dette er midler som like gjerne kunne vært lagt til og regnskapsført i HFene, hvis en slik modell var lagt til grunn. Helse Nord RHF har også valgt å ha en regional fordeling av egenbevilgede midler, i stedet for å legge mer i rammen direkte til HFene til videre egenfinansiering. Det er altså forskjell i praksis i Sør-Øst og de tre andre RHFene. I tillegg kommer at det bare er det andre året slik ressurskartlegging foregår; derfor kan det ennå være ulik praksis i hvordan ressurser til forskning rapporteres i HFene. Helse Nord mener derfor at tallene er noe usikre i forhold til å vurdere den reelle andelen av egenfinansiering av forskning i helseforetakene.

Det bør derfor ses nærmere på hvilke utslag det gir seg at RHFene håndterer tildelingen av de regionale midlene til forskning noe ulikt, slik beskrevet ovenfor.

Helse Nord finner det viktig å se nærmere på ulikhet i egenfinansiering, men slik ulikhet kan ikke uten videre være avgjørende for forslag om hvordan de øremerkede forskningsmidlene over statsbudsjettet skal tildeles. Det kan dessuten argumenteres for at underskudd i HF-budsjettene som følge av høy egenfinansiering av forskning er like utfordrende som underskudd pga overskridelser på budsjettet knyttet til pasientbehandling.

Helse Nord støtter en utredning omkring hvilket nivå det bør være på egenfinansiering av forskning i helseforetak. Samtidig vil imidlertid Helse Nord påpeke behovet for å gjennomgå premissene som ligger til grunn for økonomisk premiering av RHFer med et høyt antall publikasjoner. Slik premiering er generelt ønskelig som incitament, under ellers like forhold. I den grad forskere i enkelte RHFer har bedre tilgang på private forskningsmidler og/eller publiseringssamarbeid med forskere utenfor foretakssystemet RHF (for eksempel i instituttsektoren el lign.), vil det være konkurransevridende ift å skaffe seg inntektsbringende publiseringspoeng.

Undervisning.

På grunnlag av den dokumentasjon som er tilgjengelig viser utvalget at Helse Nord og – i noen grad Helse Midt-Norge – har en betydelig høyere utdanningsbelastning enn øvrige RHFer, målt per innbygger. Samtidig konstaterer utvalget at det mangler et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av eventuelle merkostnader knyttet til utdanningsaktiviteten; det gjelder ikke minst i forhold til videre- og etterutdanningsvirksomheten. I mangel av god og oppdatert informasjon om faktiske merkostnader for foretakene knyttet til grunn-, videre- og etterutdanning, har utvalget funnet det vanskelig å foreslå spesifikke modeller for å beregne slike kostnader. Helse Nord slutter seg derfor til utvalgets anbefaling om å etablere et prosjekt med sikte på å måle ressursbruk til utdanning/undervisning i helseforetakene.

Nasjonale kompetansesentra.

Helse Nord 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 tilleggsløsninger eller løsninger innenfor DRG-systemet som sikrer dette for utførende foretak.

Kapittel 11: Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell

Generelt om modellen

Helse Nord vil gi utvalget stor honnør for å ha utviklet en helhetlig og transparent modell for fordeling av aktivitetssuavhengige tilskudd til de regionale helseforetak. Modellen er både bedre empirisk fundert enn tidligere modeller og inkluderer dessuten nye tjenester i modellen, slik at den omfatter basistilskuddet til helse spesialisthelsetjenesten. Den stegvise og logiske måten modellens enkelte komponenter er bygget opp på, er både intuitivt forståelig og transparent; det innebærer at modellen i prinsippet er åpen og tilgjengelig på en slik måte at ulike parter med ulike ståsteder kan regne seg fram til samme resultat. En slik transparens er nødvendig for å gi modellen legitimitet, og Helse Nord vil poengtere betydningen av at også revisjoner og oppdateringer av modellen gjøres på en like transparent måte. Helse Nord vil dessuten foreslå at departementet utvikler og distribuerer simuleringsverktøy (regneark el. lignende) som gjør det mulig for hvert av de regionale helseforetakene å regne seg fram til både egen og andres ressurstildeling.

Slik Helse Nord vurderer det, har Magnussen-utvalget utviklet en fordelingsmodell med en grunnstruktur (logikk og elementer) som bør ha en rimelig langsiktig bærekraft. Hensynet til forutsigbarhet og mulighet for å videreutvikle denne modellen, tilsier derfor at modellens grunnstruktur gis en rimelig lang levetid. Som påpekt i flere sammenhenger tidligere i denne høringsuttalelsen, er det imidlertid behov for å arbeide videre med å dokumentere forhold som påvirker behov og kostnader innen de enkelte deltjenester. Dermed er det ikke sagt at det er noe mål i seg selv å eliminere all skjønnsutøvelse, men å erstatte eller understøtte skjønn hvor dokumentasjon og robuste analyser gjør det mulig. Det er dessuten generelt nødvendig å sørge for rutiner som ivaretar periodiske oppdateringer.

Slik modellen er utformet - og med de data- og analysemessige begrensninger som det er redegjort for - er den ikke nødvendigvis treffsikker for hver enkelt tjeneste innen hver enkelt regionalt helseforetak. Etter Helse Nords vurdering er det derfor i denne fasen viktig å ha hovedfokus på helheten i modellen og på dens aggregerte virkninger, heller enn på mangler og ufullstendigheter ved enkeltelementene.

Forslag til nye prinsipper for betalingsordninger mellom de regionale helseforetak.

Utvalget foreslår at det etableres en oppgjørsordning mellom de regionale helseforetak som baserer seg på 100 prosent DRG-pris samt et tillegg for kapitalkostnader (foreløpig stipulert til ca 7 prosent). Samme prinsipp forutsettes anvendt for pasienter utenfor ISF-ordningen (psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling), men det forutsetter at andre enhetspriser benyttes. For landsfunksjoner og flerregionale funksjoner foreslås en abonnementsmodell mellom de fire RHFene, utformet slik at "kjøpende" foretak forplikter seg til å dekke både kapital- og driftskostnader opp til et avtalt volum.

Begrunnelsen for slik "fullfinansiering" av gjestepasienter er ikke ny; den har over flere år vært utviklet av landets helseøkonomiske forskningsmiljøer, blant annet i tilknytning til arbeidet med regionale ressursfordelingsmodeller. Det generelle poeng i denne begrunnelsen er at (gjeste)-pasientstrømmer med et omfang som påvirker dimensjoneringen av et tilbud, bør finansieres fullt ut av kjøper. Det kritiske spørsmål er da hvilket omfang som skal til for at en etterspørsel kan sies å være dimensjonerende for et tilbud, noe som ikke synes å være drøftet i rapporten. Helse Nord vil i tilknytning til dette resonnementet argumentere for et viktig skille mellom etterspørsel med et relativt volum som kan sies å være dimensjonerende for et tilbud, og etterspørsel med et volum som er mer begrenset og dermed kan sies å utnytte marginalkapasitet i et eksisterende tilbud.

Det beste eksemplet på dimensjonerende etterspørsel er tidligere Helse Østs bruk av Riks- og Radiumhospitalet. Etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, er imidlertid denne gjestepasientproblematikken eliminert. Fremdeles er imidlertid Rikshospitalet det helseforetaket som behandler flest pasienter fra andre regionale helseforetak (12,3 % av DRG-poengene). Helse Nord vurderer denne andelen av produksjonen ved Rikshospitalet som stor nok til at den må sies å være dimensjonerende for tilbudet, og gir dermed sin tilslutning til at disse gjestepasientene godtgjøres i henhold til forslaget i Magnussen-utvalget (100 % DRG-sats, eventuelt pluss kapitalutgifter). For øvrige regionsykehus er imidlertid andelen pasienter fra andre regionale helseforetak langt mer beskjeden (1,2 % av DRG-poengene ved UNN HF, 4,3 % av DRG-poengene ved St. Olavs hospital, 4,5 % av DRG-poengene ved Helse Bergen HF, og 1,9 % av DRG-poengene ved Ullevål universitetssykehus). For polikliniske konsultasjoner er denne andelen gjennomgående vesentlig lavere. Etter Helse Nords vurdering er pasientmengder i størrelsesorden godt under fem prosent mer å regne som marginale enn dimensjonerende. Det er derfor ikke uten videre rimelig at disse pasientene skal godtgjøres som om de var dimensjonerende for tilbudet, altså med full pris.

Helse Nord ser det generelt som ønskelig at det inngås avtaler om volum som avgrenser den pasientmengden som skal inngå i en oppgjørsordning med forhøyet pris. Slik utvalget foreslår, bør avtalene primært dreie seg om høyspesialisert behandling der gjestepasientstrømmene er en konsekvens av den nasjonale funksjonsfordeling, og dessuten har et volum som er dimensjonerende for tilbudet. Dersom en såpass høy refusjonssats innføres generelt, vil det bli svært lønnsomt å utnytte ledig marginalkapasitet til å behandle pasienter hjemmehørende i andre regioner, noe som i sin konsekvens både kan bli kostnadsdrivende og prioriteringsvridende. Helse Nord foreslår derfor en topprisordning for gjestepasienter som avgrenser den nye forhøyede ISF-satsen til avtalefestet og volumavgrenset høyspesialisert behandling. Øvrige gjestepasienter bør refunderes etter "gammel" takst, altså 80 % DRG. Uten at det direkte inngår i premissene for Magnussen-utvalgets arbeid, vil Helse Nord dessuten foreslå at behandling pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, hjemmehørende i andre regionale helseforetak, i det hele tatt ikke godtgjøres med noen betaling utover ISF-satsen (pt 40% DRG). Et slikt tiltak vil bidra til å understøtte både prioriteringsforskriften og økonomistyringen.

Kapittel 12: Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalgets forslag innebærer at antall kriterier som skal oppdateres årlig øker vesentlig sammenlignet med dagens modell. Det følger av at modellen har inkludert flere sosioøkonomiske variabler som forutsettes årlig oppdatert. Som allerede nevnt i ovennevnte avsnitt, vurderer Helse Nord det som viktig at disse oppdateringene skjer på en transparent, pedagogisk tilrettelagt og etterprøvbart måte.

I dette, utvalgets avsluttende, kapittel oppsummeres de områder der det foreslås videre utredninger. Helse Nord gir sin tilslutning til disse forslag og anbefaler at departementet tar de nødvendige oppfølgende initiativ til å gjennomføre de foreslåtte utredninger. Dette kan med fordel skje i nært samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer og de regionale helseforetak. Ettersom ny dokumentasjon fremskaffes, bør det etableres rutiner for revisjon av de komponenter i modellen som berøres av slik dokumentasjon. Samtidig er det viktig at helheten og logikken i modellen ivaretas. En slik helhetlig forvaltning og videreutvikling av den nye ressursfordelingsmodellen, kan tilsi etablering av en bredt sammensatt forvaltningsgruppe, for eksempel sammensatt på samme måte som Magnussen-utvalget. Helse Nord vil derfor foreslå at en slik forvaltningsgruppe etableres og gis en rådgivende rolle vis av vis Helse- og omsorgsdepartementet.

Det fokus som, både i utvalgets eget arbeid og i denne høringsuttalelsen, er satt på behovet for oppdateringer og oppfølgende utredninger for å fremskaffe ny dokumentasjon, bør imidlertid ikke få utsettende konsekvenser mht iverksettelse av den modellen som er foreslått. Helse Nord vurderer denne modellen som en så klar forbedring ift dagens modell, at den bør iverksettes allerede fra 2009.

Vennlig hilsen



Lars Vorland
adm. direktør