

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår referanse:
08/00313-13/123
Saksbehandler:
Nina Beyer,

Deres referanse:

Dato:
28.4.2008

Høringssvar NOU 2008-2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

I dette høringsbrevet gir Helse Sør-Øst RHF sine synspunkter på NOU 2008:2: "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak".

Høringssvaret er bygget opp følgende tre deler:

- Overordnet vurdering av utvalgets arbeid
- En vurdering av økonomiske konsekvenser
- Kommentarer til enkelte kapittel i rapporten

1) Overordnet vurdering av utvalgets arbeid

Helse Sør-Øst RHF er enig i ønsket om et enkelt og rettferdig inntektsfordelingssystem mellom staten og de regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF mener at utvalget har gjort et grundig arbeid med omfattende analyser spesielt når det gjelder nye behovsindeks for psykiatri, somatikk og rus. Helse Sør-Øst RHF stiller seg bak hovedprinsippene i arbeidet men mener likevel at det er enkelte forhold i utvalgets arbeid som må utredes nærmere før utvalgets anbefalinger kan iverksettes.

Dette gjelder i første rekke følgende:

- Forhold ved behovsindeksen for somatiske spesialisthelsetjenester
- Forhold ved kostnadsindeksen
- Forhold ved behovsvariabelen for prehospitaltjenester

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 15 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Behovsindeksen for somatiske spesialisthelsetjenester

Helse Sør-Øst RHF kan ikke se at utvalgets bruk av variablene som beskriver klima og breddegrader begrunnet i relevant medisinsk forskning som bekrefter at variasjoner i normalklima medfører endret bruk av helsetjenester. I tillegg er det problematisk at utvalget behandler breddegradsvariabelen som lineær i fordelingsmodellen når de statistiske analysene som er gjennomført viser en ikke- lineær sammenheng. Helse Sør-Øst RHF viser her til kommentarer gitt av utvalgsmedlemmene Hagen, Lindahl og Robertsen under punkt 8.1.6 i utredningen

"Når det gjelder operasjonaliseringen av kriteriet, vil disse medlemmene påpeke at breddegrader i analysene viste seg å ha positive statistiske effekter på forbruk av helsetjenester, men at sammenhengen var ikke-lineær. Den statistiske effekten av breddegrader på forbruket øker fra sør til nord om lag til Dovre. Nord for Dovre er den statistiske effekten av breddegrader i hovedsak uttømt.

I fordelingsmodellen som er etablert inngår imidlertid breddegrader lineært. Dette har som isolert effekt at inntektsfordelingsmodellen gir økte overføringer til lenger nord en innbygger bor, selv om det empirisk ikke er etablert noen slik sammenheng. Dette representerer en feilspesifisering av kriteriet."

Helse Sør-Øst RHF vil med utgangspunkt i mangelen på etablerte årsakssammenhenger mellom klima- og breddegrader på den ene siden og behov for helsetjenester på den andre siden tilrå at klima- og breddegradsvariabelen tas ut av behovsindeksen for somatiske helsetjenester

Helse Sør-Øst RHF mener også at det kan være problematisk at rehabilitering (opptrening m.m.) inngår i behovsanalysene for somatikk. . Dette fordi området er underlagt klare føringer når det gjelder omfanget av tilbudet og strukturen på tilbudet. I tillegg kan det være problemer med validitet i utvalgets datagrunnlag jf utvalgets kommentarer om kodepraksis.

Rehabilitering utgjør en liten del av de totale utgiftene, men i utvalgets modell endres estimatene vesentlig når rehabilitering inkluderes. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at disse forholdene bør utredes nærmere.

Behovsindeksen for prehospitaltjenester

Utvalgets forslag til modell for prehospitaltjenester fører til en omfattende omfordeling av ressurser i forhold til dagens fordeling. Helse Sør-Øst RHF er usikker på om utvalgets foreslåtte kostnadsnøkkel i tilstrekkelig grad fanger opp behovet for - og - kostnadene ved prehospitaltjenester.

På bakgrunn av vedlegg 9 i NOU 2008:2 finner Helse Sør-Øst RHF det vanskelig å få full oversikt hvilke forutsetninger som er lagt til grunn i beregning av behovsindeks for prehospitaltjenester.

Helse Sør-Øst RHF mener det bør sees nærmere på forutsetningen om at reisetid beregnes fra kommunesenter i kommunen pasienten er lokalisert til kommunesenter i kommunen hvor sykehuset er lokalisert.

Det er viktig å få belyst hvilke utfordringer dette gir for kommuner med et sykehustilbud, spesielt i forhold til kommuner med stor befolkning. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at det bør gjennomføres utvidede analyser og vurderinger før man tar i bruk behovsindeks for prehospitaltjenester.

Kostnadsindeksen

Helse Sør-Øst RHF mener at utvalgets håndtering av kostnadsforskjeller har noen svakheter. Utvalget beskriver flere ulike årsaker til hva som kan forklare kostnadsforskjeller mellom helseforetak, men konkluderer med å anbefale en korrigert indeks basert på historiske data, justert for forskjeller knyttet til reisetid.

Helse Sør-Øst RHF mener at kostnadsulemper spesielt knyttet til høyspesialiserte tjenester, forskning og undervisning har betydelig innvirkning på kostnadene. Helse Sør-Øst RHF mener at dette ikke er tilstrekkelig hensyntatt i den valgte kostnadsindeksen.

Utvalgets egne analyser bekrefter at særlig forskning har en høyere kostnad enn det som kompenseres gjennom øremerkede midler gitt i statsbudsjettets kapittel 732 post 78. Utvalget viser til at Helse Sør-Øst har en underdekning på 650 mill. kroner ift. det som bevilges til forskning.

Dersom forskningsaktiviteten tilnærmevis var likt fordelt mellom RHF-ene ville dette ikke hatt fordelingsmessige effekter mellom helseregionene. Helse Sør-Øst RHF overtok imidlertid i 2002 de statlige sykehusene. Noen av disse sykehusene (spesielt Rikshospitalet og Radiumhospitalet) hadde en betydelig høyere forskningsaktivitet enn de øvrige universitetssykehusene, og ble finansiert for å kunne håndtere dette.

Helse Sør-Øst RHF mener at kostnadsindeksen i større grad må ta hensyn til regionens merkostnader knyttet til forskning. Helse Sør-Øst RHF mener også at kostnader knyttet til høyspesialiserte funksjoner må ivaretas på en bedre måte enn hva som er foreslått i utredningen.

Helse Sør-Øst RHF viser her også til at Helse og omsorgsdepartementet i protokollene fra foretaksmøter i 2008 med alle de regionale helseforetakene har påpekt Rikshospitalets rolle som høyspesialisert referansesykehus med nasjonale funksjoner.

I protokollene heter det blant annet at

”Rikshospitalet HF har som et høyspesialisert universitetssykehus mange formelle landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, nasjonale kompetansesentra og bredt anlagt forskning og utdanning innenfor spesialisert somatisk medisin. Det er viktig å opprettholde Rikshospitalet HFs rolle innenfor høyspesialisert pasientbehandling og også som et viktig referansesykehus for høyspesialisert medisin.”

Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å kunne ivareta og utvikle disse funksjonene i tråd med foretaksmøtets vedtak, og at dette ikke skal medføre en kostnadmessig ulempe for regionens øvrige pasientbehandling. Det er derfor viktig at kostnadsindeksen ivaretar kostnader knyttet til forskning og høyspesialiserte tjenester på en god måte.

Helse Sør-Øst RHF har merket seg at merkostnader knyttet til behandling av pasientgruppen ikke-vestlige innvandrere ikke er ivaretatt. Etter Helse Sør-Øst sin vurdering bør det utredes nærmere om denne pasientgruppen representerer merkostnader ved pasientbehandling.

Helse Sør-Øst RHF mener også at det kan stilles spørsmål ved om de beregninger som er gjort knyttet til kostnadsindeks for somatikk kan overføres direkte til psykisk helsevern og rusområdet.

Andre forhold

Helse Sør-Øst RHF er enig med utvalget at omfordeling av kapitalinntekter bør gjøres over flere år, men stiller spørsmål ved en overgangsperiode som vil strekke seg over så lang tid som utvalget tilrår.

Helse Sør-Øst RHF er positiv til et gjestepasientoppgjør som bedre ivaretar de reelle kostnadene ved pasientflyt mellom regionene. Helse Sør-Øst RHF er positiv til en generell oppgjørsordning mellom regionene som tilsier et oppgjør på 100 % DRG pluss et kapitalelement. Helse Sør-Øst RHF ser imidlertid at det i noen tilfeller kan være behov for å kunne avtale en annen pris som sikrer reell kostnadsdekning for landsfunksjoner og andre høyspesialiserte funksjoner.

2) Vurdering av økonomiske konsekvenser

Dersom Magnussenutvalgets innstilling til fordeling av inntektsrammer til de regionale helseforetakene gjennomføres fullt ut, vil Helse Sør-Øst RHF få redusert bevilgningen med 781 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF har ovenfor påpekt flere forhold som må utredes nærmere før man kan iverksette en omfordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene. Så langt Helse Sør-Øst RHF kan vurdere vil flere av disse forholdene kunne påvirke utvalgets beregnede omfordelingsvirkninger i betydelig grad.

Helse Sør-Øst RHF anser at en reduksjon i inntektsrammen til regionen i størrelsesorden som utvalgets innstilling antyder som meget krevende i forhold til de økonomiske utfordringene regionen står ovenfor.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at en eventuell omfordeling mellom de regionale helseforetakene skjer i på bakgrunn av fremtidig vekst i bevilgningen til sektoren, ikke som en omfordeling av dagens basisramme.

3) Kommentarer til enkelte kapitler

Kommentarene som er gitt til de enkelte kapitler må også sees opp mot de generelle kommentarene som er gitt i punkt 1) og punkt 2) over.

Kapittel 4. Inntektsfordelingssystem for spesialisthelsetjenesten fra 1986 - 2008

Som utvalget påpeker i kapittel 4.3 innbefattet sykehusreformen også en endring i organisering av de statlige institusjonene. Disse var i stor grad bygget opp rundt spesialsykehus med viktige landsfunksjoner både i form av pasientbehandling, opplæring og forskning slik som ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Statens senter for Epilepsi.

Helse Sør-Øst RHF mener at forhold rundt finansiering og overtakelse av statlige institusjoner og sykehus ikke godt nok er ivaretatt i utredningen..

Kapittel 6. Mål, prinsipper og metoder for utforming av inntektssystemet

Helse Sør-Øst RHF er enig at inntektsfordelingens hovedprinsipp må være å ivareta helseregionenes "sørge for"-ansvar ovenfor regionens innbyggere, men mener at inntektsfordelingen også må hensynta finansiering av landsdekkende funksjoner, flerregionale funksjoner, forskning med videre.

Utvalget har beskrevet at det nødvendigvis ikke alltid er en god sammenheng mellom relative forskjeller i forbruk og reelle forskjeller i behov. Helse Sør-Øst RHF understreker derfor viktigheten av at en fordelingsmodell både har en god teoretisk begrunnelse og at det er en dokumenterbar påvirkning mellom behov og behovsvariable, samt kostnadsindeks og ikke påvirkbare kostnadsvariable.

Helse Sør-Øst RHF er også usikker på om alle variable som omhandles som lineære i rapporten i realiteten har en linearitet. Dette gjelder for eksempel bruk av klima som behovsvariabel.

Kapittel 7. Utvalgets behandling av inntekter til kapital

Helse Sør-Øst RHF er enig med utvalget i at omfordeling av kapitalinntekter bør gjøres over flere år, men mener at dette allikevel bør gjøres i en raskere takt enn de 20 årene som er foreslått i kapitlet.

Kapittel 8. Analyser av behov

Helse Sør-Øst RHF mener at det er betydelig usikkerhet knyttet til bruk av klimavariabel som kriterium for å fordele inntekter mellom regioner. Regionen etterlyser grundigere analyser basert på bedre utredet årsak og virkningsforhold som kan begrunne variabelenes validitet.

Helse Sør-Øst RHF kan heller ikke se at det foreligger evidens i den kliniske forskningen som tilsier at normalvariasjoner i temperatur eller variasjon i nedbør har dokumentert effekt på enkelte sykdommer, diagnoser og mortalitet. Helse Sør-Øst RHF ønsker også å påpeke at det er manglene linearitet i breddegradskriteriet og ser det som problematisk av man, på tvers av analyserte data, behandler dette som lineært. Helse Sør-Øst RHF viser til kommentarer gitt av utvalgsmedlemmene Hagen, Lindahl og Robertsen under punkt 8.1.6 i utredningen.

Det er Helse Sør-Øst RHF's oppfatning at det kan være problematisk at rehabilitering (opptrening m.m.) inngår i behovsanalysene for somatikk. Dette fordi området er underlagt klare føringer når det gjelder omfanget av tilbudet og strukturen på tilbudet. I tillegg kan det være problemer med validitet i utvalgets datagrunnlag jf utvalgets kommentarer om kodepraksis.

Rehabilitering utgjør en liten del av de totale utgiftene, men i utvalgets modell endres estimatene vesentlig når rehabilitering inkluderes. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at disse forholdene bør utredes nærmere.

Utvalgets forslag til modell for prehospitale tjenester fører til en omfattende omfordeling av ressurser i forhold til dagens fordeling. Helse Sør-Øst RHF er usikker på om utvalgets foreslåtte kostnadsnøkkel i tilstrekkelig grad fanger opp behovet for - og - kostnadene ved prehospitale tjenester.

På bakgrunn av vedlegg 9 i NOU 2008:2 finner Helse Sør-Øst RHF det vanskelig å få full oversikt hvilke forutsetninger som er lagt til grunn i beregning av behovsindeks for prehospitale tjenester.

Helse Sør-Øst RHF mener det bør sees nærmere på forutsetningen om at reisetid beregnes fra kommunesenter i kommunen pasienten er lokalisert til kommunesenter i kommunen hvor sykehuset er lokalisert.

Det er viktig å få belyst hvilke utfordringer dette gir for kommuner med et sykehusstilbud, spesielt i forhold til kommuner med stor befolkning. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at det bør gjennomføres utvidede analyser og vurderinger før man tar i bruk behovsindeks for prehospitale tjenester.

Kapittel 9. Behandling av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Utvalget beskriver flere ulike årsaker til hva som kan forklare kostnadsforskjeller mellom helseforetak, men konkluderer med å anbefale en korrigert indeks basert på historiske data, justert for forskjeller knyttet til reisetid.

Helse Sør-Øst RHF mener at utvalgets forslag til håndtering av kostnadsforskjeller har noen svakheter. Kostnadsulempen spesielt knyttet til høyspesialiserte tjenester, forskning og undervisning har betydelig innvirkning på kostnadene. Helse Sør-Øst RHF mener at dette ikke er tilstrekkelig hensyntatt i den valgte kostnadsindeksen.

Utredningen bekrefter at særlig forskning har en høyere kostnad enn det som kompenseres gjennom øremerkede midler gitt i statsbudsjettets kapittel 732 post 78. Utvalget viser til at Helse Sør-Øst har en underdekning på 650 mill. kroner ift. det som bevilges til forskning.

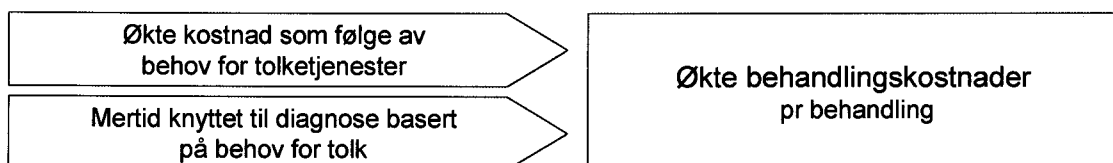
Dersom forskningsaktiviteten tilnærmelsesvis var likt fordelt mellom RHF-ene ville dette ikke hatt fordelingsmessige effekter mellom helseregionene. Helse Sør-Øst RHF overtok imidlertid i 2002 de statlige sykehusene. Særlig Rikshospitalet og Radiumhospitalet hadde en betydelig høyere forskningsaktivitet enn de øvrige universitetssykehusene, og ble finansiert for å kunne håndtere dette.

Helse Sør-Øst RHF mener at kostnadsindeksen i større grad må ta hensyn til regionens merkostnader knyttet til forskning. Helse Sør-Øst RHF mener også at kostnader knyttet til høyspesialiserte funksjoner må ivaretas på en bedre måte enn hva som er foreslått i utredningen.

Helse Sør-Øst RHF viser her også til at Helse og omsorgsdepartementet i protokollene fra foretaksmøter i 2008 med alle de regionale helseforetakene har påpekt Rikshospitalets rolle som høyspesialisert referansesykehus med nasjonale funksjoner.

Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å kunne ivareta og utvikle disse funksjonene i tråd med foretaksmøtets vedtak, og at dette ikke skal medføre en kostnadmessig ulempe for regionens øvrige pasientbehandling. Det er derfor viktig at kostnadsindeksen ivaretar kostnader knyttet til forskning og høyspesialiserte tjenester på en god måte. Helse Sør-Øst RHF har i overkant av 70 % av de nasjonale landsfunksjonene hvorav hovedparten av disse kom inn via overtakelse av statlige sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har merket seg at merkostnader knyttet til behandling av pasientgruppen ikke-vestlige innvandrere ikke er ivaretatt. Etter Helse Sør-Øst sin vurdering bør det utredes nærmere om denne pasientgruppen representerer merkostnader ved pasientbehandling. Dette er en merkostnad som eksempelvis kan forklares med enkle kausalitetsbetraktninger slik som gjengitt i figuren nedenfor.



For å gi et likeverdig tilbud til befolkningen er det viktig at eventuelle merkostnader knyttet til eksempelvis tolketjenester, økt behandlingstid og eventuelt også lengre liggetider inkluderes.

Det kan også stilles spørsmål ved om de beregninger som er gjort knyttet til kostnadsindeks for somatikk kan overføres direkte til psykisk helsevern og rusområdet.

Utvalget foreslår at kostnadsindeksen skal låses slik at man ikke kan ha egne incentiver til å øke inntekter som følge av økte kostnader. Dette kan medføre en utfordring knyttet til

tildeling av nye oppgaver samt gjennomføring av funksjonsfordeling på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF mener at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med de regionale helseforetakene bør igangsette et arbeid som ser på kostnadsforskjeller mellom helseforetak og regioner for å få en bedre forståelse av hva som er reelle kostnadsulempen.

Helse Sør-Øst RHF ser også av vedlegg 10 ”Analyser av kostnadsforskjeller” i vedlegget til høringsdokumentet at tall fra Psykiatrien i Vestfold HF og Sunnaas Sykehus HF er holdt utenfor analysen. Helse Sør-Øst RHF er usikker på konsekvensen av at disse to institusjonene er holdt utenfor i beregningene. Helse Sør-Øst RHF vil særlig bemerke at Sunnaas Sykehus HF har en betydelig DRG-aktivitet.

Kapittel 10. Forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre

Tall fra NIFU STEP indikerer at den samlede ressursbruken til forskning er mellom tre og fire ganger større enn det øremerkede tilskuddet til forskningen. Selv om disse tallene fortsatt er noe usikre mht innslaget av ekstern finansiering, viser de at størstedelen av forskningen er finansiert over basisrammen til spesialisthelsetjenesten. De totale budsjetttrammer for RHF-ene innbefatter i sum også den ressursbruk som tilfaller forskning og som ikke er finansiert gjennom det øremerkede tilskuddet. I følge NIFU tall fra 2006 utgjør dette i overkant av 1 mrd NOK. Denne ressursbruken avspeiler ønsket medisinsk forskningsaktivitet som langt overgår effekten av kostnadskrevende enkeltpasientopphold som følge av inklusjon i kliniske forsøk. Det kan synes som at utvalget ikke i tilstrekkelig grad har tatt dette med i sine vurderinger.

Forskningsproduksjonen er ujevnt fordelt mellom helseregionene. I overkant av 60 % av forskningsproduksjonen i helseforetakene skjer i Helse Sør-Øst RHF. Innen Helse Sør-Øst RHF bidrar Rikshospitalet inklusive tidligere Radiumhospitalet med ca 58 % av forskningsproduksjonen i 2006. Dette er i stor grad historisk betinget, og reflekterer at disse institusjonene har vært tillagt betydelige forskningsoppgaver, noe som også var reflektert i de økonomiske rammene.

Helse Sør-Øst RHF er uenig med utvalget i vurderinger gjort knyttet til om dagens reelle bevilgning er tilpasset forskningsaktivitet. Utvalget har i liten grad tatt hensyn til at en betydelig andel av forskningen ved de tidligere statlige institusjonene var finansiert i institusjonenes basisramme.

Graden av ”egenfinansiering” av forskning (ressursbruk minus øremerket forskningstilskudd) som andel av totalbudsjettet (totalkostnader) er svært ulikt fordelt mellom RHF-ene. I Helse Sør-Øst RHF er andelen opp til to til tre ganger større enn for de andre RHF-ene.

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til utvalgets prinsipielle konklusjon om å beholde modellen for det øremerkede forskningstilskuddet. Endringen fra fem til fire RHF nødvendiggjør imidlertid en revurdering av forholdet mellom basisdelen og den produktionsavhengige delen av dette tilskuddet. Helse Sør-Øst RHF foreslår at basisdelen reduseres fra dagens 40 % til 25 %. Dette er i tråd med Hagen-utvalgets opprinnelige forslag i NOU 2003 og vil gi følgende effekter i forhold til dagens modell

beløp i mill. NOK):

Region	2008-tilskudd	Basisdel (25 %)	Aktivitets-basert del (75 %).	SUM	Endring
Helse Sør-Øst	226,2	26,6	197,6	224,2	-2,0
Helse Vest	90,9	26,6	71,0	97,6	6,7
Helse Midt-Norge	58,1	26,6	30,1	56,7	-1,4
Helse Nord	51,0	26,6	21,1	47,7	-3,3

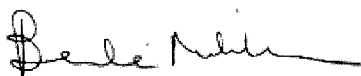
En basisandel på 25 % vil være mer inntektsnøytralt enn utvalgets forslag på 30 %.

Kapittel 11. Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell

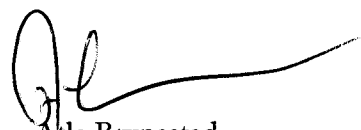
Helse Sør-Øst RHF stiller seg positiv til et gjestepasientoppgjør som er i bedre samsvar med de reelle kostnadene for gjestepasienter. I tillegg til dette mener Helse Sør-Øst RHF at spesielt tunge pasientgrupper og pasienter knyttet til landsfunksjoner bør finansieres av et pasientoppgjør mellom helseregionene basert på avtaler som bygger på faktiske kostnader.

For kommentarer til de øvrige elementene i inntektsfordelingsmodellen henvises til kommentarer gitt til kapitel 7, 8, 9 og 10.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Atle Brynestad
viseadm. direktør