



FYLKESTINGSSAK 30-2008

Møtedato: 21.04.2008

Forslag om finansiering av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene - høringsuttalelse

Kort sammendrag

Den 10. januar d.å. mottok helse- og omsorgsdepartementet utredningen "*Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (NOU 2008:2)*" fra utvalg nedsatt i forbindelse med forslag til statsbudsjett 2007. Utredningen er nå ute på høring. Oppgaven til utvalget var å vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetakene. Konklusjonen på gjennomgangen er at om lag 800 mill.kr. skal omfordeles fra budsjettet til Helse Sør-Øst til budsjettene til de tre øvrige regionale helseforetakene. Fylkestinget stiller seg bak forslaget til nytt inntektsfordelingssystem.

Utfyllende sammendrag

Hovedoppgaven til det regjeringsoppnevnte utvalget er å lage et inntektsfordelingssystem for de aktivitetuavhengige basisbevilgningen. Det betyr at inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikk holdes utenfor. Det overordnede målet for utvalget er at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å kunne gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester ("sørge-for"-ansvaret). Forslaget til utvalget baserer seg på gjeldende ramme for regionale helseforetak.

Utvalget har valgt å se bort fra dagens ordning med to kostnadsnøkler; én for somatikk og én for psykisk helsevern. Fem begreper blir benyttet: behovsnøkkel, behovsindeks, kostnadsnøkkel, kostnadsindeks og ressursbehovsindeks. De skal bidra til å gjøre inntektsfordelingsmodellen mer gjennomsiktlig på en slik måte at det er lettere å se hvilke faktorer som på hvilken måte bestemmer behov og kostnader, og dermed samlet ressursbehov.

Utvalget har så en omfattende gjennomgang av eksisterende behovsanalyser av somatikk og psykisk helsevern, og foreslår nye analyser for disse tjenestene. I tillegg har utvalget foretatt analyser av to nye områder; tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester (medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og pasienttransport). Innen hvert av tjenestemålene blir forholdet mellom behov og forbruk gjennomgått. De ulike faktorer som påvirker befolkningens etterspørsel etter tjenestene blir satt inn i en behovsnøkkel, vektet etter deres betydning.

Hele rapporten oppsummeres i en modell, som bygges opp i tre trinn. Trinn 1 er samlet behovsindeks for behandling. Trinn 2 er kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå. Siste trinn viser innvekting av ressursbehovsindeks for prehospitale tjenester.

Til slutt følger forslag til omfordelingseffekter, hvor også skjevheter knyttet til ulike andeler i innsatsstyrt finansiering er foreslått hensyntatt:

	Basert på ressursbehovs- indeks (H)	Korreksjon kapital (I)	OM- FORDELING	Kroner pr innbygger	% av bevilgning 2008
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%

(Tall i de tre første kolonnene i mill.kr)

Utvalget er av den oppfatning at forslaget vil gi betydelige omstillingsutfordringer for Helse Sør-Øst og anbefaler derfor overgangsordninger.

Fylkesrådets vurdering:

Nordland fylkeskommune har tidligere påpekt overfor helse- og omsorgsdepartementet begrensningene i dagens inntektsfordelingssystem med hensyn til manglende bruk av sosioøkonomiske indikatorer, og bedt om at dagens modell måtte revideres. Fylkesrådet synes derfor det er gledelig at det nå foreligger ei slik utredning hvor det bl.a. legges større vekt på helse- og sosiale kriterier.

Nordland er et langstrakt fylke, med spredt bosetting og hardt klima i deler av året. Å tilby et godt spesialisthelsetilbud i vår del av landet krever en infrastruktur som er lagt til rette for slikt. Fylkesrådet stiller seg bak regjeringens krav overfor de regionale helseforetakene om et "sørge for"-ansvar overfor innbyggerne i sin region. I det ansvaret ligger også det å eliminere utrygghet blant innbyggerne knyttet til hvilket helsetilbud de har. Regjeringens målsetting om at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted krever imidlertid innsats og ressurser. Det er derfor viktig at helse- og omsorgsministeren følger de konklusjoner og anbefalinger som følger i utredningen regjeringen har bestilt, og sørger for omfordeling av midler slik at de regionale helseforetakene blir i stand til å nå regjeringens målsetting. Utvalgets anbefaling om overgangsordninger støttes også.

Fylkesrådet stiller seg også bak utvalgets anbefalinger om videre utredninger på en del områder, bl.a. effekter av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for helsetjenester, prehospitale tjenester og pasienttransport.

Fylkesrådets innstilling til vedtak:

Fylkestinget i Nordland viser til utredningen "*Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*" (NOU 2008:2) som helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høring og slutter seg til ny modell for inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene som foreslås.

Modellen vil i større grad enn gjeldende inntektsfordelingssystem bidra til å nå regjeringens mål om gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Fylkestinget erkjenner at utredningens konklusjoner vil få store konsekvenser, spesielt for Helse Sør-Øst, og stiller seg derfor bak utvalgets anbefalinger om overgangsordninger.

Bodø den 25.03.2008



Odd Eriksen
Fylkesrådsleder

Geir-Ketil Hansen
Fylkesråd for kultur og miljø

Trykte vedlegg: - ingen

Utrykte vedlegg: - NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*

UTREDNING

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet mottok 10.januar 2008 utredningen *"Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak"* (NOU 2008:2) fra utvalg nedsatt 22.desember 2006. Utvalget ble ledet av professor Jon Magnussen, Trondheim. Rapporten er tilgjengelig på nettsiden: www.regjeringen.no/nb/dep/hod.

I brev av 14.januar d.å. inviterer Helse- og omsorgsdepartementet berørte grupper, herunder fylkeskommunene til å komme med høringsuttalelse. Frist for uttalelse er satt til 11.april 2008. I telefon med seniorrådgiver Halfdan Brandtzæg 24.januar d.å. har fylkeskommunen fått aksept for å sende inn fylkesrådets innstilling til vedtak innen nevnte frist. Fylkestingets vedtak vil bli ettersendt etter dets behandling i møte 23.april.

Bakgrunn

I sitt budsjettforslag for 2007 (jfr. St.prp. nr.1(2006-2007)) varslet regjeringen at den ville sette ned et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetakene. Mandatet til utvalgets arbeid tar utgangspunktet i regjeringens mål om *"...at alle skal ha god tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted."* Av mandatet går det fram at det skal foretas en bred faglig gjennomgang av inntektsfordelingssystemet for regionale helseforetak i lys av nye data, metoder og forskning. Det overordnede målet for utvalget er at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å kunne gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester ("sørge-for"-ansvaret). Forslaget som utvalget kommer frem til skal basere seg på gjeldende ramme for regionale helseforetak.

Inntekter fra staten til de regionale helseforetakene kan i hovedsak deles i to. Den aktivitetuavhengige basisbevilgningen, og aktivitetsavhengige inntekter via Innsatsstyrte finansiering (ISF) og poliklinikk. Hovedoppgaven til utvalget er å lage et inntektsfordelingssystem for de aktivitetuavhengige basisbevilgningene. Sist inntektssystemet til de regionale helseforetakene ble gjennomgått var i St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. Dagens inntektsfordelingssystem ble tatt i bruk i 2005.

Sammendrag av rapporten

Rapporten er omfattende (over 200 sider, med vedlegg) og bygd opp over 12 kapitler, hvor kapitlene 3-5 beskriver de regionale helseforetakenes oppgaver og finansieringssystem, dagens inntektfordelingssystem samt inntektssystemet i noen andre land. Kapitlene 6-10 tar for seg analysedelen, mens i kapitlene 11 og 12 samles utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell.

Analysen utgjør den mest omfattende delen av rapporten. Der gjennomgås først mål, prinsipper og metoder for utforming av inntektssystemet. Utvalget har valgt å se bort fra dagens ordning med to kostnadsnøkler; én for somatikk og én for psykisk helsevern. Fem begreper blir benyttet. Disse er: behovsnøkkel, behovsindeks, kostnadsnøkkel, kostnadsindeks og ressursbehovsindeks. De skal bidra til å gjøre inntektsfordelingsmodellen mer gjennomslutlig på en slik måte at det er lettere å se hvilke faktorer som på hvilken måte bestemmer behov og kostnader, og dermed samlet ressursbehov.

Videre ser utvalget på behandling av inntekter til kapital. En viktig endring i forbindelse med sykehusreformen og overgangen til regionale helseforetak, var endringen i regnskapsprinsipp. Gjennom å utgiftsføre kostnader til kapital ønsket man at det skulle bidra til å etablere tydeligere og mer helhetlige ansvars- og fullmaktsposisjoner. Utvalget har ikke villet mene noe om verdsettingen av helseforetakenes realkapital ("åpningsbalansen") og begrepet "korrigert regnskapsmessig resultat". De har imidlertid forholdt seg til de inntekter som tildeles de regionale helseforetakene i basisbevilgningen for å dekke avskrivninger, og foreslå hvordan disse fordeles. Utvalgets gjennomgang av balanseverdiene viser at det i dag ikke er en jevn fordeling av kapital mellom de fire regionale helseforetakene. I utvalgets forslag tar de utgangspunkt i at tilskudd til kapital prinsipielt skal behandles på samme måte som tilskudd til øvrige kostnader. De foreslår at modellen utformes slik at de regionale helseforetakene får alle sine tilskudd til kapital gjennom den aktivitetssuavhengige bevilgningen.

Utvalget har så en omfattende gjennomgang av eksisterende behovsanalyser av somatikk og psykisk helsevern, og foreslår nye analyser for disse tjenestene. I tillegg har utvalget foretatt analyser av to nye områder; tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester (medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og pasienttransport). Innen hvert av tjenesteområdene blir forholdet mellom behov og forbruk gjennomgått. De ulike faktorer som påvirker befolkningens etterspørsel etter tjenestene blir satt inn i en behovsnøkkel, vektet etter deres betydning.

Det er konstatert at det er kostnadsforskjeller mellom helseforetakene. I hvilken grad man skal kompensere de regionale helseforetakene for forskjellene blir derfor også diskutert. Slike forskjeller kan oppstå pga. strukturelle faktorer, regionale lønnsforskjeller, størrelse, rekrutteringsmuligheter, turnover, akuttberedskap osv. Utfordringen for et inntektsfordelingssystem er *hvilke faktorer* som skal kompenseres og *hvor stor* kompensasjonen eventuelt skal være. Mangel på data gjør at det er kun innen somatiske spesialisthelsetjenester utvalget har analysert kostnadsforskjeller, og at man antar at forskjeller her også gjelder for andre tjenesteområder. Av alle faktorer som er vurdert har utvalget endt opp med å anbefale at helseforetakene kompenseres for kostnadsulempen knyttet til lang reisetid, samt til forskning og utdanning. Med bakgrunn i begrenset tidsramme anbefaler utvalget imidlertid oppfølgende arbeid med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere årsaker til variasjoner i kostnadsnivå mellom helseforetakene. Samtidig anbefales det også å etablere et eget prosjekt med sikte på å måle ressursbruk til forskning og utdanning/undervisning i helseforetakene.

Hele rapporten oppsummeres i utvalgets forslag til samlet vurdering av regional fordeling av inntekter til somatiske tjenester, til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Modellen bygges opp i tre trinn.

Trinn 1: Samlet behovsindeks for behandling

	Behovsindeks somatikk (A)	Behovsindeks psykisk helsevern (B)	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling (C)	Samlet behovsindeks "behandling" (D)
Andel:	0,776	0,194	0,030	1,000
Helse Sør-Øst	100,6	103,2	105,2	101,3
Helse Vest	93,4	95,3	91,7	93,7
Helse Midt-Norge	101,8	94,9	91,6	100,2
Helse Nord	107,6	99,2	100,3	105,8

Trinn 2: Kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå

	Behovsindeks behandling (D)	Kostnadsnivå (E)	Ressursbehov behandling (F)
Helse Sør-Øst	101,3	98,5	99,7
Helse Vest	93,7	98,0	91,8
Helse Midt-Norge	100,2	102,0	102,1
Helse Nord	105,8	109,5	115,8

Trinn 3: Innvekting av ressursbehovsindeks for prehospitaltjenester

	Ressursbehov behandling (F)	Prehospitaltjenester (G)	Samlet ressursbehovsindeks (H)
Andel:	0,941	0,059	1,000
Helse Sør-Øst	99,7	65,5	97,7
Helse Vest	91,8	79,8	91,1
Helse Midt-Norge	102,1	125,5	103,5
Helse Nord	115,8	300,8	126,7

Prinsippene for fordeling som her er presentert knytter seg til de aktivitetsuavhengige midlene som fordeles over statsbudsjettet. Midler til den aktivitetsbaserte delen (ISF og poliklinisk aktivitet) inneholder imidlertid ikke kompensasjon for regionale forskjeller i kostnadsnivå. Det innebærer at regionale helseforetak med høyt kostnadsnivå vil tape relativt til de med lavere kostnadsnivå. Skjevheten blir større jo høyere andelen innsatsstyrt finansiering er. Dette har utvalget foreslått hensyntatt gjennom følgende omfordelingseffekter i sitt modellforslag:

	Basert på ressursbehovs- indeks (H)	Korreksjon kapital (I)	OM- FORDELING	Kroner pr innbygger	% av bevilgning 2008
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%

(Tall i de tre første kolonnene i mill.kr)

Dersom forslaget til utvalget blir fulgt innebærer det ei økt tildeling til Helse Nord på over 200 mill.kr. Helse Vest og Helse Midt-Norge vil også få økt tildeling. Dette finansieres gjennom en reduksjon i tildelingen til Helse Sør-Øst på nærmere 0,8 mrd.kr. Utvalget er av den oppfatning at dette vil gi betydelige omstillingsutfordringer og anbefaler derfor overgangsordninger.

I utvalgets egen oppsummering anbefales det videre utredning innen flere områder, bl.a. effekter av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for helsetjenester, geografiske variasjoner i tilgjengeligheten av poliklinisk behandling. Videre anbefales det oppdatering av kostnadsvektene for prehospitaltjenester og pasienttransport når bedre datagrunnlag og analysemodeller foreligger. Det erkjennes også at begrensinger knyttet til tid og tilgjengelig datagrunnlag gjør at man ikke har kommet langt nok med hensyn til å analysere kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak.

Vurderinger

I skrivende stund er nok engang dårlig sykehusøkonomi hovedoppslag i riksmedia. Helse- og omsorgsminister Brustad presenterte sin redegjørelse om sykehusøkonomien i Stortinget 26.februar. Foreløpige tall for 2007 viser at sykehusene samlet sett vil gå med et underskudd på om lag 1,5 mrd.kr. Helse Sør-Øst alene står for 2/3 av underskuddet, om lag 1 mrd.kr. Helse Nord er neste med et underskudd på om lag 250 mill.kr. De to øvrige regionale helseforetakene har om lag 100 mill.kr. hver i underskudd. I prosent av sine respektive budsjetter ligger imidlertid Helse Nord verst an. Det er likevel ingen tvil om at skal omfordelingen som foreslås i rapporten følges vil det ha store konsekvenser for Helse Sør-Øst. På den annen side ville en omfordeling medført en helt annen budsjettsituasjon for alle foretakene.

Et samlet utvalg står bak forslagene som kommer frem i den omfattende presentasjonen av nytt inntektsfordelingssystem. Utvalgets forslag innebærer at det legges større vekt på helse- og sosiale kriterier i inntektsfordelingen enn hva tilfellet er i dagens system. Tidligere undersøkelser av dagens kostnadsnøkler viser at slike forhold er lite hensyntatt i ved fordeling av ressurser til spesialisthelsetjenester.

Utvalgsmedlem Fredrik Carlsen presenterte i 2006 en undersøkelse som bl.a. viser at behovet for somatisk behandling avhenger av flere sosioøkonomiske indikatorer, herunder inntekts- og utdanningsnivå og andel uførepensjonister i befolkningen. I tillegg påvirkes behandlingsbehovet av alders- og kjønnsfordelingen, andel utenlandske statsborgere og klimatiske forhold. Dagens system for fordeling av ressurser til somatiske spesialisthelsetjenester inneholder ikke slike faktorer. Han konkluderte med at gjeldende kostnadsnøkkel for somatikk undervurderer behandlingsbehovet i Helse Nord med 10-12%. Det skyldes at Nord-Norge scorer lavt på en rekke sosioøkonomiske indikatorer i tillegg til at landsdelen har et hardere klima enn resten av landet.

I utvalgets forslag til nye fordelingskriterier er flere av disse faktorene hensyntatt, noe som er med på å forklare at Helse Nord med nytt inntektsfordelingssystem er underbudsjettet med over 200 mill.kr. i forhold til budsjett 2008, fastsatt etter gjeldende fordelingssystem. Innen somatikk er summen av alderskriterier i forslaget vektet til 0,58, mens helse- og sosiale kriterier er vektet til 0,42. Innen psykisk helsevern er vekten hhv. 0,549 og 0,451.

En del av de sosioøkonomiske faktorene anbefales utredet nærmere. Hvordan det vil slå ut for de enkelte regionene er vanskelig å si. Men tilstedeværelsen av slik faktorer er nok større i Nordland og Nord-Norge og påvirker sannsynligvis helsetilstanden for befolkningen mer her enn de gjør det i andre deler av landet. Spredt bosetting sammen med hardt klima har stor innvirkning på helsetilstanden. Store avstander byr også på store utfordringer for pasienttransporten, utfordringer mer befolkede områder av landet vårt unngår.

Konsekvenser

Saken har ingen administrative eller økonomiske konsekvenser for fylkeskommunen.

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høring utredning om nytt inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetakene. Hovedoppgaven til det regjeringsoppnevnte utvalget er å lage et inntektsfordelingssystem for de aktivitetsuavhengige basisbevilgningen. Det betyr at inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikk holdes utenfor. Det overordnede målet for utvalget er at inntektssystemet skal sette de fire regionale helseforetakene i stand til å kunne gi sin befolkning et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester ("sørge-for"-ansvaret). Forslaget til utvalget baserer seg på gjeldende ramme for regionale helseforetak.

Utvalget har valgt å se bort fra dagens ordning med to kostnadsnøkler; én for somatikk og én for psykisk helsevern. Fem begreper blir benyttet: behovsnøkkel, behovsindeks, kostnadsnøkkel, kostnadsindeks og ressursbehovsindeks. De skal bidra til å gjøre inntektsfordelingsmodellen mer gjennomsluttlig på en slik måte at det er lettere å se hvilke faktorer som på hvilken måte bestemmer behov og kostnader, og dermed samlet ressursbehov.

Utvalget har så en omfattende gjennomgang av eksisterende behovsanalyser av somatikk og psykisk helsevern, og foreslår nye analyser for disse tjenestene. I tillegg har utvalget foretatt analyser av to nye områder; tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester (medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og pasienttransport). Innen hvert av tjenesteområdene blir forholdet mellom behov og forbruk gjennomgått. De ulike faktorer som påvirker befolkningens etterspørsel etter tjenestene blir satt inn i en behovsnøkkel, vektet etter deres betydning.

Hele rapporten oppsummeres i en modell, som bygges opp i tre trinn. Trinn 1 er samlet behovsindeks for behandling. Trinn 2 er kompensasjon for forskjeller i kostnadsnivå. Siste trinn viser innvektning av ressursbehovsindeks for prehospitale tjenester. Til slutt følger forslag til omfordelingseffekter, hvor også skjevheter knyttet til ulike andeler i innsatsstyrt finansiering er foreslått hensyntatt. Dersom forslaget til utvalget blir fulgt innebærer det ei økt tildeling til Helse Nord på over 200 mill.kr. Helse Vest og Helse Midt-Norge vil også få økt tildeling. Dette finansieres gjennom en reduksjon i tildelingen til Helse Sør-Øst på nærmere 0,8 mrd.kr. Utvalget er av den oppfatning at forslaget vil gi betydelige omstillingsutfordringer for Helse Sør-Øst og anbefaler derfor overgangsordninger.