

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Åsne Grønvold
Vår ref: 37344

Vår dato: 15.04.2008
Deres ref.: 200800121
Medlemsnr.:

Høring - NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser til høringsbrev av 14.01.08 om NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussenutvalget). Utvalget skulle foreslå nye prinsipper for fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak med sikte på å komme fram til et mest mulig enkelt og rettferdig system. Forslaget skulle være robust i forhold til fremtidig oppgave- og strukturendringer og skulle forholde seg til gjeldende økonomiske forutsetninger.

Hovedvurdering

NSF synes utvalget i den knappe tiden som har vært tilgjengelig har gjort et godt arbeid i å kartlegge og foreslå nye kriterier. Vi konstaterer at utvalget foreslår ulike behovsnøkler for somatiske tjenester og for tjenester innen psykisk helsevern, samt at særlig de nye kriteriene for somatiske tjenester skiller seg vesentlig fra det tidligere ved at det er lagt inn helse- og sosiale indikatorer. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester og pasienttransport er det utviklet helt nye nøkler for fordeling. Videre ser vi at utvalget konkluderer med at det mellom helseforetakene er store forskjeller i kostnadsnivå som ikke kan forklares ut fra forskjeller i produktivitet. Det foreslås en kostnadsindeks som er basert på reisetid (55%) som utvalget mener fanger opp kostnadsulemper knyttet til for eksempel desentralisert akuttberedskap. De resterende 45% av kostnadsindeksen omfatter historisk kostnadsnivå som blant annet skal fange opp merkostnader knyttet til forskning og utdanning.

I all hovedsak virker kriteriene fornuftige, men vi merker oss at utvalget foreslår en rekke områder som må følges opp med videre utredninger. Et sentralt område i så måte gjelder ressursbruk til utdanning og undervisning. Utvalget påpeker at det ikke har informasjon om de reelle kostnader knyttet til videre- og etterutdanningsaktiviteten som foregår i helseforetakene. Det foreslås derfor å etablere et eget prosjekt med sikte på å måle ressursbruken til utdanning og undervisning i helseforetakene. Selv om det gjenstår utredningsarbeid på sentrale områder, foreslår utvalget et nytt sett kriterier som vil innebære stor omfordeling. Når en rekke områder framstår som ikke ferdig utredet, er det ikke mulig å se konsekvensene av å innføre det nye kriteriesettet. Om det innføres, må det tas høyde for håndtering av kommende endringer og den uforutsigbarhet det innebærer for helseforetakene. Blant annet med bakgrunn i så mange usikre faktorer og videre utredningsbehov, mener NSF innføring av det nye kriteriesettet må skje ved vekst i bevilgningene og ikke som en omfordeling av dagens basisamme.

Utvalget konkluderer da også med at konsekvensene av omfordeling vil gi Helse Sør-Øst betydelige omstillingsutfordringer. Videre presiserer utvalget at verken internasjonal eller nasjonal erfaring gir grunnlag for å konkludere entydig i forhold til størrelsen på et gevinstpotensiale som følge av sammenslåingen av Helse Sør-Øst. Erfaringen er snarere at det på kort sikt virker kostnadsdrivende.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:
Postboks 1535
7435 Trondheim

Mandatets begrensninger - helsetjenestens utfordringer

En utfordring ved å vurdere forslaget, er at utvalgets mandat har vært begrenset til å utrede fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak innen rammen av dagens styringsmodell, finansieringsordning og gjeldende økonomiske rammer. Vi er selvsagt kjent med at dagens modell/kriteriesett har vært kritisert og at nye oppgaver har blitt lagt til de regionale helseforetakenes ansvar. En gjennomgang har derfor vært nødvendig. I en slik gjennomgangen er et viktig bakteppe prioriteringsspørsmål, manglende sammenheng mellom første og andrelinjetjenesten og helsesektorens økonomiske rammer. En ensidig analyse av den interne fordeling av ressurser i spesialisthelsetjenesten blir derfor teknisk orientert og usynliggjør viktige problemstillinger. Et eksempel er utvalgets forslag til en måte å håndtere kapital på som forutsetter at det ikke skal ytes tilskudd ut over det som ligger i den generelle basisrammen. Dersom landets folkevalgte vil gi fra seg muligheten til politisk styring og prioritering via ulike tilskuddsordninger, synes vi det er oppsiktsvekkende.

NSF savner omtale av finansiering av hele behandlingsforløp. Vurderinger av hvordan den foreslåtte modellen vil kunne anvendes, eventuelt ikke understøtter behandlingsforløp, burde vært med. Det ville vært en naturlig del av en nærmere analyse av systemets robusthet i forhold til fremtidig oppgave- og strukturendringer. Her er det også et poeng at utvalget har sett på finansieringssystemene i Sverige, Danmark, England og Skottland. Utvalget har valgt å forfølge hovedvariablene de finner i disse landene i sine analyser for et nytt system i Norge. Utvalget kunne med fordel ha gått nærmere inn på et område der Sverige skiller seg ut. De har en kostnadsutjevningsskomponent der en faktor er gjennomsnittlige kostnader for personer i ni omsorgstunge diagnosegrupper (ondartet kreftsykdom, hjerneslag, leddgikt, slitasjegikt, hjertesykdom/hjertesvikt, hoftebrudd, schizofreni, andre psykoser, hiv).¹ Vi savner en vurdering av et slikt element opp mot og sammen med andre type kriterier.

Vi savner også en nærmere vurdering av sammenhengen mellom behov for/forbruk av spesialisthelsetjenester og kommunenes muligheter til å gi gode helsetjenester til sine innbyggere. Både storbyfaktorer og spredt bosetting gir utfordringer. Helse Sør-Øst har i Oslo og deler av Akershus befolkningstette områder med landets laveste dekning av faglært arbeidskraft i kommunehelsetjenesten, sterk befolkningsvekst, store helseforskjeller, høy andel ikke-vestlige innvandrere og relativt stor andel fattige og mennesker med dårlige levekår. Det kan bety både udekkede behandlingsbehov og høyt forbruk av spesialisthelsetjenester. Så vidt vi forstår har utvalget ikke et robust datagrunnlag for å si noe om for eksempel behov for helsetjenester blant ikke-vestlige innvandrere. Det er viktig å framskaffe data om dette og andre storbyutfordringer i helsetjenesten.

Prehospitale tjenester

På området prehospitale tjenester er det gjort et nybrottsarbeid i analysene. Så vidt vi kan se har utvalget basert seg på 2006-tall. Med utgangspunkt i vårt kjennskap til dagens nivå, både kompetanse og volum, på prehospitale tjenester, og hva det faktisk bør være, samt utvalgets påpekning av manglende datagrunnlag, er vi redd for at betydningen av prehospitale tjenester ikke er godt nok hensyntatt. Prehospitale tjenester er et område der både innhold og omfang er i endring. I økende grad starter behandling ute/hjemme hos folk og for enkelte sykdommer er rask behandling avgjørende for godt utfall. Bare de 16 000 slagtilfellene årlig i Norge som ved rask behandling kan få dramatisk bedre overlevelse og livskvalitet, tilsier endringer i omfang av disse tjenestene. Vi kan heller ikke se at det er redegjort for hvordan en kostnadsnøkkel som hovedsakelig er basert på reisetid til nærmeste akuttstusykehus slår ut for eksempel for Oslos del. Det er viktig at temaet prehospitale tjenester følges opp, slik også utvalget forslår.

Nærmere om kapittel 10 Forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre

Forskning og utdanning inngår som del av helseforetakenes lovpålagte oppgave, og inngår i mandatet for utvalgets vurdering av fordelingsmekanismene. Som utvalget slår fast er det derfor viktig å gjøre en vurdering av dagens finansieringsordning relatert til de aktiviteter og det ansvar som helseforetakene har på disse feltene. Etter NSF's vurdering har utvalgets tilnærming til disse spørsmålene vesentlige svakheter. Det dreier seg primært om et ensidig perspektiv på forskning i helsetjenesten. Det synes som om utvalget ikke ser utfordringer knyttet til forskningsspørsmålet utover medisinsk forskning.

¹ Danmark har også en "diagnosefaktor" (antall diagnostiserte psykiatriske pasienter med diagnosen schizofreni, som i en periode på 10 år har vært i kontakt med det psykiatriske sykehusvesen.)

Helsefaglig forskning utgjør vesentlig mer enn ren biomedisinsk forskning. Dette er et vesentlig perspektiv i spørsmålet om fordelingsmekanismer.

Forskning og fagutvikling

Kvalitet, sikkerhet, faglig forsvarlighet og effektivitet i tjenestene forutsetter kunnskap basert på fagutvikling og forskning. Flere med forskningskompetanse må derfor være direkte knyttet til, og inngå i tjenesteutviklingen. Det forventes at forskningsresultater benyttes som en integrert del av velferdsstatens tjenester. Det krever mulighet til å utvikle kunnskapsområdene gjennom å forske og deretter integrere og gjøre forskningsresultatene anvendbare i praksis. Kunnskapsbasert praksis skal danne grunnlaget for yrkesutøvelsen til alle grupper helsepersonell. Dette vil bidra til sammenheng mellom velferdsstatens behov for tjenester og kompetansegrunnlaget til de som yter tjenestene. Helseforetakene må derfor sikres finansiering som direkte knyttes til forskning og fagutvikling innen sykepleie. Det er viktig at utviklingsarbeid som ikke fanges innenfor en tradisjonell forskningsforståelse også inngår i finansieringsordningen. Det gjelder også for de øvrige helsefagene som utgjør viktig kompetanse i dagens helsetjeneste. Fordelingsmekanismene for forskningsfinansiering må legge føringer og ha tydelige incentiver som bredder den faglige forskningstilnærmingen i dagens helsetjeneste. Det betyr at det må være rom for å understøtte oppbyggingen av de bredere helsefaglige forskningsmiljøene som vi ser er i etablering i dag. En solid basisfinansiering er viktig i en oppbyggingsperiode. NSF mener derfor at basis- og aktivitetstilskuddet må opprettholdes på dagens nivå (40/60).

Finansiering av praksisplasser

NSF har i mange år arbeidet med å få finansielle rammer som gjør det mulig å tilby sykepleiestudenter kvalitet i praksisstudiene. Samtidig har antallet studenter økt med nærmere 100% de siste ti årene med et årlig opptak på ca. 4500 studenter. Dette er en betydelig utfordring for helseforetakene og høgskolene og universitetene som utdanner sykepleiere. Det innbefatter blant annet omfattende planlegging og koordinering mellom de ulike institusjonene. Det er allerede etablert ulike samarbeidsformer mellom høgskoler og sykehus, men en formalisering med økte forpliktelser som knyttes til finansieringsordningen er nødvendig.

NSF er i hovedsak positiv til den felles finansieringsmodellen som ble etablert fra 2006 som omfatter alle helsefaglige grunnutdanninger, og vi sier oss enige i at flere av problemstillingene er sammenfallende og krever ens løsninger. Det er allikevel nødvendig å forstå de særlige utfordringene som er knyttet til det meget store antallet sykepleiestudenter vi nå har etter mange år med stadig vekst. Sykepleierstudenter utgjør den absolutt største studentgruppen helseforetakene har et undervisningsansvar for. Utfordringene knyttet til dette må vurderes selvstendig og gis løsninger tilpasset de konkrete problemene utover en felles finansieringsmodell over basistilskuddet. Det er med undring en da leser den vekten utdanning av medisinerstudenter vies i utvalgets innstilling.

Det er etter NSF's mening viktig å finne løsning på hvordan en skal dimensjonere kapasiteten i praksisstudiene. En avklaring av ansvarsforholdet mellom HOD, KD og høgskolene og foretakene er nødvendig i lys av økt desentral styring. Hvis det ikke gjøres kan vi få økende problemer i forhold til nasjonal styring og koordinering av utdanningene hva gjelder kvantitet og kvalitet - særlig på bachelor nivå.

Det er nødvendig å differensiere mellom utdanninger som krever obligatorisk praksis i spesialisthelsetjenesten, og der hvor dette ikke er nødvendig for å få autorisasjon.

Det er nødvendig med tilstrekkelig stabilitet og riktig dimensjonering av antallet studenter. Vi ser at høgskolene i sine opptak går utover aktivitetskravene satt av KD for å sikre inntekten gjennom antall produserte studiepoeng. Dette medfører ytterligere press på praksisarenaen og dekkes ikke i dagens bevilgning til helseforetakene.

Praksisstudiene utgjør halvparten av utdanningstiden til en sykepleierstudent. Mange har stilt spørsmål om de kliniske studiene i utdanningen har god nok kvalitet. Ulike vurderinger og begrunnelser er gitt for dette. Vi vet at det kan være store variasjoner i praksistilbudet både mellom ulike skoler og for den enkelte student. Det stilles få formelle krav til praksisstedet. Rammeplanen gir generelle mål for praksisutdanningen som helhet. Disse målene er ofte ikke tilstrekkelig kjent eller konkretisert for det enkelte praksissted.

Vi ser at sykepleierstudenter i enkelte praksisperioder ikke får veiledning av sykepleiere. Det innebærer at studenten ikke når de kunnskapsmål som er satt. Bakgrunnen for dette er som oftest for få sykepleiere i forhold til et stort studentantall. Veiledernes kompetanse må styrkes og utvikles for å nå bachelorstudentens faglige behov. Det betyr at dagens finansieringsmodell ikke er dekkende i forhold til helseforetakenes undervisningsansvar.

NSF ser det er knyttet store utfordringer til å finne gode måleverktøyet for beregning av faktiske kostnader for å fastsette denne basisbevilgningen, og mener det må suppleres med en skjønnmessig vurdering. Å følge aktivitetskravet krever at fastsettelsen også baserer seg på gode fremskrivninger av behovet for helsepersonell i hele helsetjenesten. Det er viktig at denne fremskrivningen har en gyldighet over tid slik at planleggingshorisonten gir tilstrekkelig forutsigbarhet for både høyskole og foretak. En må også her finne løsning på finansiering av, eventuelt regulering av, opptak utover aktivitetskravet.

Basisbevilgningen må bygge på følgende elementer:

- antall studenter og antall uker.
- undervisningsform og omfang av veiledning
- oppfølging/kontroll (grad av selvstendighet) ut fra krav til faglig forsvarlighet
- tilgang til utstyr og faglig infrastruktur
- utvikling/oppfølging av samarbeide
- kompetanseutvikling for veiledere

Et viktig incentiv for å stille krav til veiledere i klinikk er at dette følges av honorering til den enkelte.

Når en behandler finansieringsspørsmålet av praksisstudier for sykepleierstudenter bør en finne en løsning som også omfatter studiene i kommunehelsetjenesten. Denne utfordringen bør Helse- og omsorgsdepartementet kunne løse. NSF mener det vil være en åpenbar svakhet ved en ny modell hvis ikke dette settes inn i denne sammenheng. Ut fra rammeplanen kan 34 av 50 uker avvikles som studier i kommunehelsetjenesten Etter NSF's mening betyr det at det gjenstår et vesentlig arbeid på dette området.

NSF ønsker en praksisfinansiering hvor midlene til undervisningen (både for grunn- og videreutdanning) er øremerket i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Denne bevilgningen må reguleres over tid ut fra aktivitetskrav satt av HOD og KD. NSF mener at øremerking bør innebære en rapporteringsplikt. Det er i seg selv et viktig virkemiddel. NSF mener at utdanning av helsepersonell er et nasjonalt ansvar som sentrale myndigheter må følge tett. Finansieringsordningen må ha et element av aktivitetsfinansiering slik at bevilgningen reflekterer reel aktivitet og bidrar til et forpliktende samarbeid mellom høyskole/universitet og helseforetak. Det vil legge grunnlag for å kunne videreføre ressursene til de/ den avdeling som reelt sett mottar studenter i praksisstudier.

Det er åpenbart at en finansieringsmodell må følges av klare krav til kvalitet og samhandling i praksisstudier. Det er ikke tilstrekkelig å videreføre de ordninger vi har i dag. Her er det et behov for en mer aktiv utvikling av grunnlags- og innholdskrav til praksisstedet for å sikre kvaliteten.

NSF støtter forslaget om at det etableres et eget prosjekt med sikte på å måle ressursbruken til utdanning/undervisning i helseforetakene. Dette prosjektet må følges av et bredt sammensatt utvalg som tar for seg de samlede utfordringer knyttet til praksisstudier i grunn- og videreutdanningene innen helsefagene.

Inntekter til kapital

Utvalget har tatt utgangspunkt i de gitte rammer for dagens ordning. De konstaterer at det per dato ikke er jevn fordeling av kapital mellom de fire RHFene og foreslår at forskjellene i ikke-belånt kapital omfordeles og utlignes over en 20-års periode. Modellen fordrer at det ikke ytes direkte tilskudd til investeringer ut over det som kommer i den generelle basisrammen.

NSF er usikker på om modellen bidrar til likeverdig mulighet til å gi innbyggerne helsetjenester. Utvalget påpeker også at det er usikkerhet knyttet til fremgangsmåten de foreslår. Blant annet at

beregnet verdi på kapital er bokført verdi, ikke omsetningsverdi. Videre anføres at de regionale helseforetakene vil stå overfor ulike muligheter til å realisere eventuell overskuddskapital gjennom salg. Det ser ut til å være en del tilfeldigheter som avgjør balanseførte verdier. NSF mener forslaget om en modell der det ikke skal ytes tilskudd ut over det som ligger i den generelle basisrammen er svært betenkelig. Selv i et tenkt, ideelt Helse-Norge, der det er fastslått likeverdige muligheter til å gi innbyggerne helsetjenester i alle deler av landet, mener vi det ikke er akseptabelt å gi fra seg muligheten til politisk styring og prioritering via bevilgninger.

NSF mener det er så mange usikre faktorer rundt håndtering av kapital at det er nødvendig med nærmere gjennomgang av dagens økonomiregime. Erfaringer med denne måten å budsjettere og styre på er etter NSF's syn ikke god. Om dagens ordning kan synes fornuftig ut fra bedriftsøkonomisk tenkning, er den lite informativt mht å gi befolkningen et riktig bilde av situasjonen i helsetjenesten. Den lager heller en åpning for spill og oppslag om elendig sykehusøkonomi som kan være med på å så tvil om den enkelte vil få nødvendige helsetjenester. Likeens er det både demotiverende og misvisende når helseforetak som driver effektivt kommer ut som underskudsforetak pga gjeld og avskrivninger. På mer prinsipielt grunnlag bør det også være en debatt om dagens ordning er et egnet økonomiregime for virksomheter som har som formål å yte velferdstjenester.

NSF ber regjeringen legge fram en vurdering av regnskapslovens anvendbarhet i spesialisthelsetjenesten og legge fram alternativer.

Oppsummering

Slik vi leser utvalgets enstemmige innstilling, kan det sees som en erkjennelse av at det har vært en skjevfordeling av ressurser mellom helseforetakene i flere år. NSF oppfatter at det er et "rimelighetskrav" at skjevfordelingen rettes opp raskt, selv om vi ser at det er flere elementer i finansieringsmodellen som ennå ikke har funnet sin endelige form. Dette kommer da også klart til uttrykk i at utvalget foreslår en rekke tema som må følges opp nærmere. Oppfølging på disse områdene støttes av NSF.

Med bakgrunn i mange usikre faktorer og en urimelig stor omstillingsutfordring for Helse Sør-Øst, mener NSF innføring av det nye kriteriesettet må skje ved vekst i bevilgningene, ikke som en omfordeling av dagens basisamme.

NSF støtter forslaget om å etablere et eget prosjekt med sikte på å måle ressursbruken til utdanning/undervisning i helseforetakene. Dette prosjektet må følges av et bredt sammensatt utvalg som tar for seg de samlede utfordringer knyttet til praksisstudier i grunn- og videreutdanningene innen helsefagene.

At sykepleierstudenter i enkelte praksisperioder ikke får veiledning av sykepleiere, er etter NSF's mening svært alvorlig. Ressurstilgangen må styrkes og veilederkompetansen utvikles for å nå bachelorstudentenes faglige behov.

NSF mener at basis- og aktivitetstilskuddet til forskning må opprettholdes på dagens nivå (40/60).

NSF ber regjeringen legge fram en vurdering av regnskapslovens anvendbarhet i spesialisthelsetjenesten og om å legge fram alternativer.

Med vennlig hilsen



Lisbeth Normann

Forbundsleder



Asne Grønvold

Spesialrådgiver