



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Den norske legeforening

her.

Deres ref.: HSAK201900489

Vår ref.: CG/LMF

Dato: 10.02.2020

Høring NOU 2019:24 – Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Det vises til brev fra Legeforeningen datert 19. desember 2019

Styret i Norsk overlegeforening behandlet saken på styremøte 10. januar 2020. Styret vedtok følgende uttalelse:

Inntektsfordelingen mellom helseregionene er avgjørende for regionenes mulighet til å ivareta sørge-for ansvaret. Dagens inntektsfordelingsmodell er etterhvert basert på eldre analyser og tallgrunnlag, og er i tillegg beheftet med svakheter som har vært gjenstand for kritikk. Det er derfor hensiktsmessig at modellen nå gjennomgås på nytt. Of har merket seg at forslaget til ny inntektsmodell bygger på et vesentlig bedre datagrunnlag, og at variabelen klima og bredde ikke lenger inngår. Forslaget til fordeling fremstår vesentlig bedre underbygget og begrunnet enn dagens modell. Of vil derfor uttrykke støtte til at utvalgets fordelingsmodell innføres. Of oppfatter at utvalgets rapport er oversiktlig og samlet sett god, men savner en tydeliggjøring av størrelsesorden på de ulike elementene utvalget drøfter. Det er krevende å danne seg en oppfatning av konsekvensene i utvalgets tilrådninger når elementene i så liten grad tallfestes.

Of har endel merknader til utvalgets arbeid og den fremlagte rapporten.

Innledningsvis vil Of bemerke at det fremste siktemålet med utvalgsarbeidet er å enes om en modell som muliggjør at regionene kan levere likeverdige helsetjenester og ivareta sørge-for ansvaret. I tillegg gir utvalgsarbeidet muligheter for å beskrive utviklingstrekk, analysere endringer og gjøre nye funn. En offentlig utredning vil være en viktig kilde i ulike sammenhenger, også for videre utredninger, og fremstillingen som gis bør være dekkende for utredningens virkeområde. Of anser at NOUen i hovedsak fanger opp de viktigste endringene i sektoren i tidsperioden og at fremstillingen er koherent, nøytral, saklig og ført i et godt språk.

Of har særlig merket seg at utvalget ikke finner noen sammenheng mellom kostnadsnivå og antall akuttmottak i helseforetaket. Denne observasjonen sammenfaller med Helsedirektoratets sammenligning av produktivitet i helseforetakene (Helsedirektoratet 2018), som viser at både Vestre Viken og Sykehuset innlandet er blant helseforetakene med høyest produktivitet.

Utvalget finner videre at de største sykehusene har en høyere kostnadsindeks. Denne observasjonen sammenfaller med tidligere gjennomgang av kostnadsnivå og produktivitet i norske sykehus, hvor det fremkommer at økt størrelse av helseforetak er negativt assosiert med produktivitet (Anthusen, Kittelsen og Magnussen 2017). Etter Ofs syn er dette viktig kunnskap som bør få konsekvenser for politikkkutforming og utvikling av sektoren. Disse funnene kunne med fordel vært ytterligere framhevet og understreket.

Of har videre merket seg at utvalget finner en betydelig økning i kostnadene til pasientreiser per innbygger – 63 prosent over 10 år. Etter Ofs syn er dette også økningen av et så stort omfang at det vil være naturlig å gjennomføre ytterligere undersøkelser av årsaksmekanismene, og om dette er en hensiktsmessig utvikling.

I en utredning om hvordan bevilgningene skal fordeles vil det være naturlig at det også gjøres en framstilling av hvordan bevilgningene i sektoren og sykehusene har utviklet seg i tidsperioden, justert for nye oppgaver. Of registrerer at utvalget ikke er bedt om å uttale seg om bevilgningsnivået, men i en så grundig gjennomgang av økonomien i sektoren er det naturlig at utvalget også gir en framstilling av hvordan økonomien i sektoren, og særlig i sykehusene, har utviklet seg. I tillegg til finansieringsansvar for legemidler er det gjort en rekke endringer i øvrige forutsetninger som påvirker den endelige bevilgningen til pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene har økt avsetning til sentral buffer. Tiltaket medfører at vekstmidlene bare delvis ender direkte i pasientbehandlingen. Det kan i denne sammenheng anføres at utvalget referer at universitets- og høyskolesektoren opplever at *ressursknapphet i spesialisthelsetjenesten representerer en utfordring både når det gjelder omfang og kvalitet på praksisdelen av de helsefaglige utdanningene og økende utfordringer... med å få helseforetakene til å prioritere utdanning. Of vil anmode om at Helsedepartementet gjør en egen gjennomgang av økonomisituasjonen ute i helseforetakene, og utviklingen med økt avsetning til sentral buffer i de regionale helseforetakene.*

Of anser at rapporten bygger på analyser og tilrådninger som gjennomgående er beheftet med usikkerhet, da det i en rekke sammenhenger må gjøres skjønnsmessige avveininger og valg. I tillegg er det betydelig usikkerhet knyttet til enkelte analyser, særlig for kostnadsindeksene, men også for behovsindeksene.

Dette kan illustreres ved å sammenligne med Helsedirektoratets gjennomgang av kostnader i norsk spesialisthelsetjeneste, basert på 2018 tall. Her konkluderes det med avvikende utfall på en rekke områder sammenholdt med det som presenteres i NOU 2019;24. Etter justering for behov og strukturelle forhold finner direktoratet at kostnadene er lavere i Helse Sør-Øst enn i landets øvrige regioner.¹

Etter Ofs syn er den samlede usikkerhet i anslagene som utvalget legger frem betydelig. Of anser at denne usikkerheten burde kommet tydeligere fram i utvalgets rapport. Det overordnede bildet som nå etterlates er at modellen er basert på mindre usikkerhet enn det som trolig er tilfellet. Of vil minne om at klima og bredde-variabelen hadde stor forklaringskraft og gav betydelig omfordelingseffekt i den eksisterende inntektsmodellen (800 millioner, hvorav 200 millioner ble hensyntatt), mens variabelen nå er forkastet grunnet manglende assosiasjon

¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/is-2847-kostnader-i-spesialisthelsetjenesten/IS-2847%20Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/f0e87f77-220b-4440-b552-fce996ede52a:83a989edfcbc748d0a970e4919e1105b83d27377/IS-2847%20Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf (figur 7 side 16)

mellom variabelen og forbruk av helsetjenester. Of har lite tro på at dette kan forklares med endringer i sommertemperatur og begrenset tro på at dette skyldes at variabelen har vært en proxy for forhold som nå ivaretas gjennom andre variabler i kombinasjon med bedre data-grunnlag. Etter Ofs syn illustrerer eksempelet den grunnleggende usikkerhet som denne type analyser er beheftet med. Usikkerhet kunne vært tydeliggjort ved i større grad å fremstille effekten av de ulike valgalternativene, og variasjonsbredde i utfall av analysene avhengig av valgte premisser for analysene.

Behov

En vesentlig svakhet i rapporten er manglende anvendbare indikatorer for behov. Utvalget omtaler dette kort med følgende merknad: *Det er ikke tilgjengelig informasjon om behov for spesialisthelsetjenester. Informasjon om tidligere bruk av tjenester antas derfor å være et godt mål på framtidig behov.* (side 59) Etter Ofs vurdering er dette en usikker slutning. En rekke sykdomstilstander er beheftet med en betydelig behovselastisitet. Dette er velkjent, blant annet gjennom helseatlasene. Å basere behov på eksisterende forbruk innebærer derfor risiko for å videreføre en etablert skjevfordeling, særlig av ytelser som er finansiert gjennom bevilgning. Utvalget kunne med fordel drøftet dette valget mer inngående, og redegjort hvorfor de ikke baserer seg på den metode direktoratet har anvendt i sin gjennomgang. Direktoratet gir anslag for over- og underdekning av behov i de ulike regionene.

Utvalget peker på ulike tiltak som skal korrigere for tilbudssidevariabler, men disse er kun gitt summarisk omtale. Til tross for disse tiltakene, og til tross for at data er for behov er analysert på individnivå, stiller Of seg kritisk til presisjonsgraden i anslag til behovsindikatorer. Etter Ofs syn bør denne type usikkerhet fremstilles, selv om det er mulig at utvalgets anslag er så presise som det lar seg gjøre med eksisterende underlag.

I drøftingene om behovsindikatorene gjøres det rede for aktuelle variabler som kan inngå i behovsnøkkelen, og hvilke utvalget har valgt å legge til grunn. Utvalget treffer noen valg som innebærer konsekvenser som kunne vært bedre framstilt. Of vil fremheve to poeng i denne sammenheng.

1) Utvalget beskriver at høy utdanning er assosiert med høyere forbruk av endel tjenester. Utvalget anfører at dette er eksempel på en variabel som er signifikant, *men med «galt fortegn*, og at *det er rimelig å anta at dette ikke skyldes behov, men heller at denne gruppen i større grad bruker sykehustjenester.* (side 64) Of forstår denne forklaringen, men ved å treffe et slikt valg fraviker utvalget sin egen metode. Tilsvarende forklaringer kunne utvalget anført også for andre variabler. Et vesentlig tilleggsmoment her er at adferden i denne kategorien neppe vil endres på grunn av drøftinger gjort i en NOU, og gitt at forbruket i gruppen vedblir høyt vil konsekvensen av at dette ikke hensynstas være at andre pasienter (med lavere utdanning) – i sykehusområder med mange høyt utdannede – gis dårligere finansiering og endelig tilbud.

2) Utvalget beskriver at reisetid til nærmeste akutt sykehus er negativt assosiert med forbruket, men at variabelen *ikke inngår i forslaget til behovsnøkkel siden dette er en tilbudssidevariabel*. Sammenhengen mellom avstand og forbruk er velkjent og synes å være stabil. Når en ikke velger å inkludere variabelen i behovsnøkkelen vil en i realiteten bidra til en skjevfordeling hvor sykehus i områder hvor befolkningen har lang avstand til tilbudet gis en finansiering som er høyere enn reelt forbruk skulle tilsi. Dette kan igjen gi en uheldig vridningseffekt i helseforetak som vurderer framtidig sykehusstruktur; ved å velge sentralisering av tilbudet reduseres den reelle etterspørselen uten at det følges av redusert bevilgning. Utvalgets valg innebærer at det etableres en driver for å sentralisere (og svekke tilbudet) for å styrke

økonomien i foretaket (eller regionen).

Of savner fremstilling av dagens kostnadsindeks for psykiske helsevern og rusbehandling (side 71 og 73, jfr somatikk side 67)

Kostnad

Of støtter utvalget overordnede betraktninger knyttet til hvordan kostnadene bør håndteres; begrunnede kostnadsforskjeller bør kompenseres, men forskjeller i effektivitet bør ikke kompenseres. Utvalget peker selv på at det kan være vanskelig å skille disse forholdene fra hverandre. Problemstillingen har paralleller til diskusjonen rundt hvordan behov kan fastsettes. Utvalget velger å legge forbruk til grunn for behov, men i behandlingen av kostnadene velges en annen tilnærming, her forsøker utvalget å skille faktiske kostnader fra det utvalget mener er et riktig kostnadsnivå. Det legges altså opp til en mer ambisiøs tilnærming på dette feltet. I analysene av behov ble indikatorene etablert etter forbruk på individnivå. For kostnadsanalysene gjøres analysene på virksomhetsnivå, og baseres derfor på vesentlig færre observasjoner. Det fremkommer at en forsøker å kompensere for dette med å gjennomføre analysene over flere års observasjoner. Of stiller seg tvilende til om dette bidrar vesentlig til kvaliteten på analysen fordi observasjonene ikke er uavhengige, og **Of vil bemerke at den samlede usikkerheten i analysene som danner grunnlaget for kostnadsindeksene er betydelig**. Analysene synes å være enda mer usikre innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk virksomhet. Det følger av dette at Of er usikker på om utvalget har truffet et riktig valg når de velger å vektlegge beregnede kostnader med $\frac{3}{4}$ og faktiske kostnader med $\frac{1}{4}$.

Of registrerer at utvalget kun delvis har kunnet forklare kostnadsforskjellene mellom foretakene ved de anførte faktorene som er presentert. Ytterligere faktorer kan være forsøkt, men er ikke presentert i rapporten. Of savner særlig en analyse av lønnskostnader i sentrale versus perifere strøk, i SSBs statistikk fremkommer det at lønnsnivå både for høyskoleutdannede og akademikere kan være høyere i sentrale strøk.

Of vil ellers bemerke at kostnadsanalysene og indekser også inkluderer kapitalkostnader. Of savner en drøfting av dette forholdet i rapporten. Utvalget stadfester at det er betydelig forskjell i kapital mellom regionene. Når økte avskrivningskostnader medtas i beregningene vil dette gi høyere kostnadsindeks for regionene med mye kapital, og lavere indeks for regionene som ennå ikke har investert. Gitt at dette er effekten vil investeringer i de regionene som har lavest kapital (og kostnadsindeks) vanskeligjøres. Dette er en parallell bekymring til Ofs diskusjon rundt forbruk versus behov, Of er bekymret for at utvalgets tilrådninger på begge feltene kan bidra til å opprettholde eksisterende skjevheter.

Prehospitalet tjenester og pasientreiser

Utvalget gir en grei redegjørelse for feltet og manglene i analysegrunnlaget. Utvalget anfører at en pragmatisk tilnærming er å bruke en ressursbehovsindeks basert på historiske kostnader. Det følger av vurderingene over at Of stiller seg bak utvalgets forslag.

Forskning

Utvalget anfører at *det ligger innenfor de regionale helseforetakene sitt ansvarsområde å prioritere bruk av ressurser til forskning*, og at utvalget ser derfor ikke behov for å ta hensyn til forskjeller i forskningsaktivitet. Utvalget beskriver hvordan forskningen er finansiert over post 78 med en fast komponent og en resultatbasert komponent. Den faste komponenten utgjør 43,8 millioner fordelt til hver helseregion. Etter Ofs syn er dette en bevilgning som må forstås å være forpliktende, og Of anser derfor at det må forutsettes at de regionale helseforetakene må

forventes å prioritere midler til forskningsaktivitet utover det som er finansiert gjennom fast tildeling. I tillegg er det en rekke fagområder som forutsetter en høy grad av forskningsaktivitet, og hvor omfanget av utprøvende behandling er høyere enn i andre deler av virksomheten. Disse er ujevnt fordelt mellom regionene. Of synes derfor utvalgets påstand blir noe enkel, men ser at hensynet til forskningsaktivitet er beskrevet ivaretatt under kostnadsulemper i behandlingen knyttet til forskningsaktivitet.

Nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin

Of har ingen bemerkningen knyttet til utvalget framstilling og tilrådninger.

Andre forhold

Kapital

Of har anført bekymring knyttet til hvordan kapital inngår i beregningen av kostnadskomponenten. Of vil ellers bemerke at demografiske endringer vil medføre et betydelig økt behov for helsetjenester, og økt behov for kapital. Investeringene må i hovedsak gjennomføres i forkant av behovsveksten, men modellen ivaretar ikke dette hensynet. Etter Ofs syn burde dette vært vurdert av utvalget, og Of vil anmode om at departementet særskilt vurdere hvordan dette forholdet bedre kan ivaretas i en endelig modell.

Gjestepasienter

Utvalget beskriver tilrådingene som ble gitt av Magnussen-utvalget, og departementets endelige bestemmelser knyttet til oppgjørsform for gjestepasientoppgjør mellom regionene.

Utvalget velger å anbefale departementets innretning, med 80 % av drg for gjestepasientoppgjør pluss et påslag for kapitalkostnader, samt med et oppdatert rammetilskudd tilsvarende 100%. Det skisseres også at en vil skille på forbruk som er av mer tilfeldig art versus forbruk som er forutsigbart og følger avklart fordeling regionene i mellom. Her vil behandlende region også få kompensert behovskomponenten. Utvalget redegjør ikke utfyllende for hvilke utslag dette vil ha, og det er vanskelig å overskue i hvilken grad dette endringsforslaget vil styrke finansieringen av nasjonale behandlingstjenester.

Of vil bemerke at dette oppgjøret skiller seg i vesentlig grad fra oppgjøret innad i Helse Sør-Øst, som ivaretar de fleste av disse funksjonene. I Helse Sør-Øst sin inntektsmodell beregnes 123 % oppgjør for disse funksjonene. Dette er basert på kostnadsanalyser gjennomført av Helse Sør-Øst. Of har ingen sterke oppfatninger om hvordan den nasjonale innretningen bør være. Men det bør ikke være stor diskrepans mellom kostnaden de ulike sykehusene må bære for bruk av behandlingstjenestene i OUS. Dagens nasjonale modell og inntektsmodell i Helse Sør-Øst har påført sykehusene i Helse Sør-Øst vesentlig høyere kostnader for tjenester i OUS, og dermed vanskeligere driftsforutsetninger, enn øvrige sykehus i landet.

Med vennlig hilsen

Norsk overlegeforening

Anne Karin Rime (sign.)

leder