

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK201900489

Dato: 18-03-2020

Høring av NOU 2019: 24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Legeforeningen takker for invitasjon om å gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementets høring av Magnussenutvalgets rapport om inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. Rapporten har vært på bred høring i Legeforeningens organisasjonsledd, og foreliggende høringsuttalelse er vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

Overordnet tilbakemelding

Legeforeningen støtter at utvalgets fordelingsmodell innføres

Legeforeningen mener NOU 2019:24 er et godt utgangspunkt for videre arbeid med inntektsfordelingen til regionale helseforetak, og at gjennomgangen er både viktig og nødvendig etter forrige NOU 2008:2. Dagens inntektsfordelingsmodell er etterhvert basert på eldre analyser og tallgrunnlag, og er i tillegg beheftet med svakheter som har vært gjenstand for kritikk. Legeforeningen støtter derfor at modellen nå gjennomgås på nytt. Legeforeningen 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 bedre underbygget og begrunnet enn dagens modell. Legeforeningen støtter at utvalgets fordelingsmodell innføres.

Utsiktede skjevfordelinger og usikkerhet

Inntektsfordelingen mellom helseregionene er avgjørende for regionenes mulighet til å levere likeverdige helsetjenester og ivareta sørge-for-ansvaret. Legeforeningen mener derfor det er et dilemma at utvalgets forslag i så stor grad bygger på historiske data. Det innebærer/kan innebære både at historiske forskjeller mellom regionene, skjevfordeling innen somatikk/psykiatri og skjevfordelinger i kapitalinvesteringer (sykehusbygg og medisinsk teknisk utstyr) videreføres. Vi savner derfor 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 og at analysene er bygget på usikkerhet.

Behov for utfyllende analyser og jevnlig oppdatering

Legeforeningen mener denne utredning vil være en viktig kilde i ulike sammenhenger, men mener også at den bør følges opp av videre utredninger og evalueringer av modellens effekter på utviklingen av helsetjenesten i de ulike regionene. Videre mener vi at det ikke bør gå mer enn ti år før modellen justeres på nytt. Legeforeningen vil derfor foreslå at inntektsfordelingen mellom de regionale helseforetakene justeres jevnlig og foreslår at det gjøres hvert fjerde år, som et ledd i utarbeidelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan.



Legeforeningen ville legge særlig vekt på følgende tema som sentrale i oppfølgingen av utredningen:

- **Om sykehusstørrelse, kostnadsnivå og antall akuttmottak:** Legeforeningen vil særlig fremheve at utvalget ikke finner noen sammenheng mellom kostnadsnivå og antall akuttmottak i sykehus. Legeforeningen anser dette som viktig kunnskap som bør få konsekvenser for politikktutforming og utvikling av sykehusene fremover.
- **Utvikling av bevilgningene i spesialisthelsetjenesten med fremvekst av sentrale buffere i de regionale helseforetakene:** Legeforeningen savner en fremstilling av hvordan bevilgningene i sektoren og sykehusene har utviklet seg i tidsperioden, justert for nye oppgaver. Fra våre tillitsvalgte får Legeforeningen tilbakemeldinger om at det settes av midler i de regionale helseforetakene som heller burde tilfalle pasientbehandling i sykehusene. Legeforeningen vil anmode om at Helse- og omsorgsdepartementet gjør en egen gjennomgang av økonomisituasjonen ute i sykehusene, og utviklingen med økt avsetning til sentral buffer i de regionale helseforetakene, og konsekvensene for sykehusene.
- **Etablert skjevfordeling vedvarer i behovsindikatorene:** Legeforeningen mener foreslått omfordeling av inntekter til de regionale helseforetakene ikke i stor nok grad tar grep for å utligne historiske forskjeller mellom helseregionene. Vi er bekymret for at en slik skjevfordeling, at etterspørsel ligger til grunn for behovsindikatorer, medfører ulikheter i helsehjelpen innen psykisk helse, avhengig av deres bostedsadresse.
- **Betydelig usikkerhet i kostnadsindeksene:** Legeforeningen vil bemerke at selv om kostnadsindeksene er basert på bedre datagrunnlag enn tidligere, er den samlede usikkerheten i analysene som danner grunnlaget for kostnadsindeksene betydelig. Analysene synes å være enda mer usikre innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk virksomhet.
- **Kapitalkostnader:** kostnadsanalysene og indekser inkluderer også kapitalkostnader, og vi savner en drøfting av dette 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) vanskeliggjøres. Dette er en parallell bekymring til Legeforeningens diskusjon rundt forbruk versus behov og er bekymret for at utvalgets tilrådninger på begge feltene kan bidra til å opprettholde eksisterende skjevheter.
- **Utvikling av bevilgningene i spesialisthelsetjenesten:** 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.
- **Pasientreiser:** Legeforeningen mener den markante økningen i pasientreiser som har funnet sted de siste 10 årene er av så vesentlig betydning at egne undersøkelser for bakgrunnen av dette bør gjennomføres.

Legeforeningens budskap

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. Legeforeningen mener NOUen i hovedsak gjennomgår de viktigste endringene i sektoren i tidsperioden og mener fremstillingen er sammenhengende, nøytral og saklig.

Under følger Legeforeningens vurdering av enkelte elementer i rapporten:

Om sykehusstørrelse, kostnadsnivå og antall akuttmottak

Legeforeningen vil særlig fremheve at utvalget ikke finner noen sammenheng mellom kostnadsnivå og antall akuttmottak i sykehus. Legeforeningen anser dette som viktig kunnskap som bør få konsekvenser for politikktutforming og utvikling av sykehusene fremover. I en rekke prosjekter legges det i dag til grunn at sammenslåing av sykehus gir driftsgevinster blant annet fordi en får færre akuttmottak og færre dublerede vaktordninger. Både beregningene i Magnussen-utvalget og Helsedirektoratets sammenligning av produktivitet i sykehusene (Helsedirektoratet, 2018) viser at de mest kostnadseffektive/mest produktive sykehusene ikke er de med færreste akuttmottak. Analysene viser at Østfold og Akershus Universitetssykehus (Ahus), som begge har gått fra flere sykehus til ett stort sammenslått sykehus med ett akuttmottak og sammenslåtte vaktordninger, er langt dyrere/mindre produktive enn Vestre Viken, som har 4 akutt sykehus med vaktordninger. Også Sykehuset Innlandet (SI) ligger langt fremme, nummer 3, på listen over landets mest produktive sykehus.

Legeforeningen mener funnene kunne vært ytterligere framhevet og understreket: Det er ikke sammenheng mellom kostnadsnivå og antall akuttmottak. Eller sagt på en annen måte: Det er ikke grunnlag for å regne med driftsbespareser ved sammenslåing av sykehus.

Utvikling av bevilgningene i spesialisthelsetjenesten

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. Legeforeningen mener det er synd at utvalget ikke er bedt om å uttale seg om bevilgningsnivået. Vi mener at det i en så grundig gjennomgang av økonomien i sektoren er 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 (Menon Economics, *Bruker vi for mye på helse*, 2017)

Sentral buffer

De regionale helseforetakene har økt sin avsetning til sentral buffer. Fra våre medlemmer får Legeforeningen opplyst at friske midler fra Statsbudsjettet i mindre grad brukes på direkte pasientbehandlingen, men heller går til en sentral buffer. 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 sykehusene til å prioritere utdanning. **Legeforeningen vil anmode om at Helsedepartementet gjør en egen gjennomgang av økonomisituasjonen ute i sykehusene, og utviklingen med økt avsetning til sentral buffer i de regionale helseforetakene.**

Generell usikkerhet

Grunnet skjønnsmessig avveininger og valg, anser Legeforeningen at rapporten bygger på analyser og tilrådninger som gjennomgående er beheftet med usikkerhet. 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

regioner¹. Etter Legeforeningens syn er den samlede usikkerhet i anslagene som utvalget legger frem betydelig. Det overordnede bildet som nå etterlates er at modellen er basert på mindre usikkerhet enn det som trolig er tilfellet.

Manglende anvendbare behovsindikatorer

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 (på side 59)*. Legeforeningen vurderer dette til å være 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 for 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 for behov er analysert på individnivå, stiller Legeforeningen seg kritisk til presisjonsgraden i anslag til behovsindikatorer. Etter Legeforeningens 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. Legeforeningen vil trekke frem to poeng i denne sammenheng.

Høy utdanning: 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 (på side 64)*. Legeforeningen 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 hensyntas være at andre pasienter (med lavere utdanning) – i sykehusområder med mange høyt utdannede – gis dårligere finansiering og endelig tilbud.

Reisetid: Utvalget beskriver at reisetid til nærmeste akuttstusykehus 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. Ved å ikke inkludere variabelen i behovsnøkkelen vil en i realiteten kunne bidra til en skjevfordeling der sykehus i områder hvor befolkningen har lang avstand til tilbudet gis høyere finansiering enn reelt forbruk skulle tilsi. Legeforeningen mener dette kan gi en uheldig vridningseffekt i sykehus som vurderer framtidig sykehusstruktur; ved å velge sentralisering av tilbudet reduseres den reelle etterspørselen uten at bevilgningen reduseres tilsvarende. Det kan dermed innebære at det

¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/is-2847-kostnader-i-spesialisthelsetjenesten/IS2847%20Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/f0e87f77-220b4440-b552-fce996ede52a:83a989edfcbc748d0a970e4919e1105b83d27377/IS-2847%20Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf (figur 7 side 16)

etableres en driver for å sentralisere (og svekke tilbudet) for å styrke økonomien i foretaket (eller regionen).

Etablert skjevfordeling vedvarer i behovsindikatorene

Legeforeningen støtter utvalgets 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. Legeforeningen stiller seg tvilende til om dette bidrar vesentlig til kvaliteten på analysen fordi observasjonene ikke er uavhengige, og 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 Legeforeningen 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 $\frac{1}{4}$.

Videre ser Legeforeningen 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.

Prehospitalet tjenester

Utvalget anfører at en pragmatisk tilnærming er å bruke en ressursbehovsindeks basert på historiske kostnader. Det følger av vurderingene over at Legeforeningen stiller seg bak utvalgets forslag.

Forskning

Utvalget anfører at det ligger innenfor de regionale helseforetakene sitt ansvarsområde å prioritere bruk av ressurser til forskning. 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. Legeforening antar at dette er en bevilgning som må forstås å være forpliktende, og 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. Legeforeningen ser at hensynet til forskningsaktivitet er beskrevet ivaretatt under kostnadsulempen i behandlingen knyttet til forskningsaktivitet.

Desentralisert utdanning

Legeforeningen mener det lagte premisset ikke fanger opp merkostnadene knyttet til desentralisert utdanning av medisinstudenter. Et eksempel er Universitetet i Tromsø (UiT). Ved UiT er det i hovedsak 5. og 6. studieår som delvis har blitt desentralisert til Hammerfest, Bodø, Stavanger og Levanger. Det er varierende grad av forskningsaktivitet ved disse sykehusene. Tradisjonelt har mindre lokalsykehus liten forskningsaktivitet, og det vil være lite hensiktsmessig å fokusere på oppbygning av

forskningsaktivitet ved de desentraliserte campusene, ettersom dette krever større miljøer. Videre vil det kunne gå på bekostning av de etablerte miljøene rundt universitetssykehusene og universitetene.

Å koble forskningsaktivitet sammen med kostnader til medisinerutdanningen er etter Legeforeningens syn en uheldig sammenblanding, som kan svekke både utdanningen av leger og forskningsaktivitet ved enkelte sykehus. Merkostnader til utdanning av medisinstudenter må derfor dekkes av øremerkede midler, uavhengig av forskningsaktivitet.

Andre forhold

Demografi og investeringer

Legeforeningen har anført bekymring knyttet til hvordan kapital inngår i beregningen av kostnadskomponenten. Legeforeningen vil ellers bemerke at demografiske endringer vil medføre et betydelig økt behov for helsetjenester, og økt behov for kapital og vil vise til Menon Economics sin rapport "Bruker vi for mye på helse?" fra 2017. Investeringene må i hovedsak gjennomføres i forkant av behovsveksten, men modellen ivaretar ikke dette hensynet. Legeforeningen mener dette burde vært vurdert av utvalget, og vil anmode om at departementet særskilt vurderer 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.

Avslutningsvis mener Legeforeningen det er bemerkelsesverdig at fremtidig befolkningsvekst og investeringsbehov ikke er hensyntatt i den foreslåtte modellen.

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise

Generalsekretær

Jorunn Fryjordet

Avdelingsdirektør

Marthe Helene Sandli

Rådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)